Rok XXXVII. Kraków 8 Października 1898. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzinskiego we Lwowie.

Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała, z badaniem przemiany materyi.

Podług wykładu i demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie, w d. 24-go Czerwca 1898 r.

Podał

Dr. Juliusz Marischler,

asystent kliniki.

Do przedstawienia Panom tego przypadku skłoniła nas ta okoliczność, że przypadek ten przedstawia rzadką nerwicę potową, ograniczoną do całej górnej części ciała.

Badania Luchsingera [1]), Nawrockiego [2]), Adamkiewicza [3]) Vulpiana [4]), udowodniły istnienie nerwów potowych, jakoteż obecność ośrodków potowych, leżących w ośrodkowym narządzie nerwowym. Dotychczas jednak jest rzeczą nierozstrzygniętą, czy ośrodki te, podobnie jak ośrodki nerwów ruchowych, są rozłożone na całej długości rdzenia kręgowego, jak utrzymuje Luchsinger, Adamkiewicz, Vulpian, czy też dla nerwów potowych obwodowych istnieje jeden tylko ośrodek w rdzeniu przedłużonym (Nawrocki). Adamkiewicz, godząc niejako te dwa zapatrywania, przyjmuje, obok ośrodków leżących wzdłuż całego rdzenia pacierzowego, jeszcze wspólny ośrodek w rdzeniu przedłużonym.

Obwodowo przebiegają nerwy potowe, jak wiemy, wraz z większymi pniami nerwowymi, jak n. łokciowy, pośrodkowy, (medianus), kulszowy (ischiadicus) etc. Dla twarzy, według Luchsingera, przebiegają one z nerwem trójdzielnym, podług Adamkiewicza zaś, nerw twarzowy ma być głównym nerwem potowym. Co do sposobu połączenia się obwodowego nerwów potowych z pniami nerwowymi niema jeszcze zgody pomiędzy autorami. Jedni, jak Adamkiewicz i Vulpian, są zdania, że większość włókien potowych łączy się wprost z większymi pniami nerwowymi, a mała tylko liczba włókien potowych przechodzi przez sznury nerwu spółczulnego; inni zaś, jak Nawrocki, zaprzeczają zupełnie istnienia t. z. bezpośredniego przebiegu nerwów potowych, przyjmując, że wszystkie nerwy potowe przebiegają w sznurach nerwu spółczulnego. Pomiędzy temi dwoma skrajnemi zapatrywaniami zajmuje Luchsinger stanowisko pośrednie.

Ośrodki rdzeniowe są połączone jeszcze prawdopodobnie z ośrodkami kory mózgowej. (Landois [5]).

W stanie prawidłowym wydzielanie potu może być wywołane z przyczyny obwodowej, a więc odruchowo, i z przyczyny ośrodkowej. Wspomnę tu tylko o działaniu podwyższonej ciepłoty zewnętrznej i o występowaniu potu przy rozmaitych stanach psychicznych, jak n. p. uczuciu strachu. Zaznaczyć wypada, że w tych przypadkach pocenie się jest zawsze obustronne.

W stanach chorobowych musimy odróżnić nieprawidłowe występowanie potu z przyczyny ośrodkowej, jak np. przy duszności, pod wpływem pewnych toksyn etc., i przypadki, gdzie pocenie się nadmierne występowało pod wpływem takich czynników, które u człowieka zdrowego pocenia się nie wywołują. Do tej kategoryi należą np. przypadki nadmiernego pocenia się przy żuciu przedmiotów nie posiadających smaku, jak papier lub drzewo, (Schweninger i Buzzi [6]), Piątkowski [7]); przypadki nadmiernego pocenia się na miejscach ograniczonych przy zadziałaniu niższej ciepłoty zewnętrznej itd. Mundt [8]) np. opisał przypadek dotyczący chorego z syringomyelią, u którego występowało nadmierne pocenie się po stronie chorej na twarzy i kończynie górnej, skoro tylko chory wystawił się na działanie niższej ciepłoty zewnętrznej.

Do ostatniej kategoryi należy zaliczyć i nasz przypadek, którego wywiady w krótkości przytaczam:

B. M. izr. lat 14, przyjęty do kliniki 28-go kwietnia 1898 roku. Ojciec jego zmarł, mając lat 28, z nieznanej choremu przyczyny, matka żyje i ma być zdrową. Ze strony ojca obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku wykazać nie można; ojciec, siostra i brat zaś matki pomarli na gruźlicę.

Obecna choroba wystąpiła przed ośmiu laty i objawiła się nadmiernem poceniem się twarzy, tułowia i obu kończyn gornych. Pocenie się to występuje bez względu na porę roku, a nawet pot jest tem obfitszy, im ciepłota otoczenia jest niższą. Praca fizyczna nie wpływa na obfitość potu; chory jednak pracować nie może, czując się osłabionym. Łaknienie utrzymane, pragnienie nieco zwiększone, stolec ma być prawidłowy, ze strony narządu moczopłciowego nie doznaje żadnych przypadłości. Stan obecny: Wzrost średni, budowa dość dobra, skóra prawidłowo zabarwiona. Głowa dobrze zbudowana, przy opukiwaniu nie boleśna. Nerwy nad- i podoczodołowe obustronnie miernie bolesne, nerw twarzowy zmian nie przedstawia. Gałki oczne równo ustawione, prawidłowo ruchome, źrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i akomodacyę. W części ruchowej nerwu trójdzielnego zmian niema. Narządy klatki piersiowej i brzucha, zmian nie przedstawiają. Kościec i narząd mięśniowy bez zmian.

Badanie narządu nerwowego, z wyjątkiem wyżej wspomnianych punktów boleśnych, tak odnośnie do czucia dotyku, bólu, ciepłoty i czucia mięśniowego, jak również w sferze ruchowej nie wykazuje zmian; jak również i badanie pobudliwości nerwów na prąd stały i przerywany przedstawia stosunki prawidłowe.

Odruch kolanowy znacznie podwyższony, stopowego brak, a skórne również wzmożone.

Pod względem psychicznym okazuje chory dość znacznego stopnia przygnębienie.

W czasie pocenia się skóra czoła, skroni, policzków i nosa jest silnie kroplistym potem pokryta. Wolną od potu jest tylko skóra czaszki włosem porosła. Obie kończyny górne pocą się silnie, zwłaszcza na dłoni. Dłoń i palce sine, przy dotknięciu chłodne. Skóra na rękach, a zwłaszcza na dłoniach, jak również na przedramionach, od potu zmacerowana. Skóra na klatce piersiowej z przodu i z tyłu jest ró-

wnież potem pokryta. Dolną granicę pocenia się można oznaczyć z przodu linią, poprowadzoną poziomo na wysokości wyrostka mieczykowatego, z tyłu na wysokości dolnego kąta łopatki. Poniżej tej linii, skóra brzucha, okolicy lędźwiowej, uda i podudzia, jest zupełnie suchą, o prawidłowej ciepłocie. Stopy i palce u nóg są nieznacznie spocone i w dotknięciu chłodne.

Badanie krwi u tego chorego wykazało: w preparacie świeżym ciałka krwi czerwone układają się prawidłowo w rulony, ciałka białe w ilości nie powiększonej. W barwionym preparacie widać tylko nieznaczne różnice co do wielkości ciałek czerwonych, brak leukocytozy. Stosunek pojedynczych rodzajów ciałek białych — prawidłowy. Ciałka eozynochłonne w ilości niepowiększonej.

Liczba ciałek czerwonych 4,450000
„ „ białych 6,540.

Ilość odsetkowa hemoglobiny 75% (Fleischl). Wskaźnik zabarwienia 0.8.

Ilość moczu na 24 godzin wynosiła około 1000 ctm.^{3}, barwy pomarańczowej, oddziaływania kwaśnego, bez białka i cukru; indykan, w ilości prawidłowej, acetonu brak.

Wśród spostrzegania pokazało się, że chory ten pocił się tem-więcej, im ciepłota otoczenia była niższą. Leżąc w łóżku i będąc dobrze przykrytym, pocił się tylko nieznacznie, a z nastaniem upałów w czerwcu pocenie się ustąpiło prawie zupełnie; utrzymywało się tylko w nieznacznym stopniu na skórze wargi górnej i dłoni.

Przypadek ten odznacza się więc nadmiernem poceniem się górnej połowy ciała, przyczem obie strony, prawa i lewa, są jednakowo potem pokryte. Że pocenie się u tego chorego nie jest prawidłowe, wskazuje przedewszystkiem występowanie potu tylko w wyżej opisanych okolicach, nadmiar jego i warunki, wśród których chory się poci, t. j. więcej przy niższej, mniej przy wyższej ciepłocie zewnętrznej.

Należy nam teraz rozstrzygnąć, czy mamy tu do czynienia z chorobą, mającą podstawę anatomiczną, czy też ze zboczeniem funkcyonalnem, t. z. nerwicą. Również należy rozstrzygnąć, dokąd odnieść mamy siedzibę zboczenia, czy do ośrodków w rdzeniu pacierzowym, czy też do nerwów obwodowych. Z wielkiem prawdopodobieństwem możemy wykluczyć sprawę, toczącą się w nerwach obwodowych. Nie mamy bowiem nigdzie śladów podrażnienia lub porażenia nerwów w okolicach zajętych poceniem się. Również i schorzenie nerwu spółczulnego, nie może nam tłómaczyć tych objawów. Przypadek porażenia gałązki szyjnej nerwu spółczulnego prawego, opisany przez Möbiusa[9]), cechował się brakiem potu i suchością prawej strony twarzy. Z drugiej strony Dupuy[10]), Vulpian i Raymond[11]) znaleźli, że przecięcie gałązki szyjnej nerwu spółczulnego u konia wywołuje silne pocenie się twarzy po stronie uszkodzonej. Z klinicznych spostrzeżeń zaliczyć tu należy przypadek Schweningera i Buzziego[12]), Friedlandera[13]), Piątkowskiego[14]), Riela[15]), Seguina[16]) i Ebsteina[17]). We wszystkich tych przypadkach obok innych zboczeń, dających się oprzeć na nieprawidłowej czynności nerwu spółczulnego, występowało silne zaczerwienienie skóry, przed i podczas występowania potu. W naszym przypadku objawów ze strony nerwu spółczulnego nie mamy. Źrenice są równe, dość szerokie, oddziaływują na światło i akomodacyę prawidłowo, szpary powiększone, położenie gałek ocznych bez zmian. Zaczerwienienia skóry niema. Pozostaje więc jeszcze ośrodkowy układ nerwowy. Tu zaliczyć by można przypadek Olliviera[18]), dotyczący chorego z uwiądem rdzenia pacierzowego (tabes dorsalis), u którego w przebiegu choroby wystąpiło nadmierne pocenie się rąk i nóg, i przypadek Mundta[19]). W ostatnim przypadku sprawa gliomatyczna rdzenia szyjnego, była przyczyną nadmiernego pocenia się lewej połowy twarzy i lewej kończyny górnej. Pocenie się występowało u tego chorego, podobnie jak w naszym przypadku, przy zadziałaniu niskiej ciepłoty zewnętrznej.

U naszego chorego nie mamy żadnych porażeń, ani zaników mięśniowych, żadnych zaburzeń troficznych, czucie jest wszędzie prawidłowe. Wykluczając zatem syringomyelię i nie mając żadnych podstaw do przyjęcia jakichkolwiek innych anatomicznych zmian w rdzeniu pacierzowym, nie pozostaje nam nic innego, jak ze względu na symetryczne występowanie potu po obu stronach przyjąć choćby na razie tylko zmianę czynnościową ośrodków potowych w rdzeniu kręgowym rozłożonych, a więc nerwicę. Analogiczny wpływ niższej ciepłoty w naszym przypadku i w przypadku Mundta, mógłby również posłużyć dla odniesienia sprawy chorobowej do ośrodków potowych. Czy w przyszłości nie rozwiną się u tego chorego zmiany, które pozwolą na rozpoznanie sprawy anatomicznej w rdzeniu kręgowym, tego przesądzać nie będziemy; w każdym razie stan obecny i długi czas, bo ośm lat, trwania sprawy chorobowej na to nie wskazuje.

(Dokończenie nastąpi).

II. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Jak wspomniałem już kilka razy, nie rzadko się wydarza, że choroba zapalna nerkowa, nawet w postaci miąższowej, istnieje mimo wiedzy chorego i naszej; dopiero gorączka, ostry obrzęk na twarzy, krwawy mocz, objawy zaostrzenia się zapalenia, zdradzają stan chorego. Etyologii w tych razach zwykle brak; chorzy podają, że odczuwali znużenie, blado wyglądali, okazywały się przemijająco obrzęki na skórze, bywały bóle głowy i żołądkowe przypadłości. Badanie zaś moczu wykazuje: mocz barwy krwawo-czerwonej, wysycony, lecz ilość jego jest stosunkowo większa, niż w ostrem pierwotnem zapaleniu, a ciężar gatunkowy stosunkowo niższy; w osadzie obok wałeczków świeżych są wałeczki znacznie zwyrodniałe, komórki przybłonkowe znacznie stłuszczone. A gdy się jeszcze wykaże przerost serca i — białkomoczowe zapalenie siatkówki, to już tem samem jest dość podstaw do twierdzenia, że tu sprawa przewlekła zaostrzyła się, rzecz wielkiej doniosłości dla rokowania. W śródmiąższowem przewlekłem zapaleniu nerek osad jest skąpy, częstokroć dopiero zapomocą centryfugi da się otrzymać. Znajdują się wałeczki szkliste i ziarniste, nasadzone kryształkami kwasu moczowego, a mogą być i skrobiowate. Zwykle są szerokie i długie. Jeżeli są na nich osadzone składniki morfotyczne, jak przybłonki, ciałka krwi, to znajdują się w takim stanie rozpadu, że zarysy ich z wielką tylko trudnością można roz-

poznać. W czystem zwyrodnieniu skrobiowatem brak zwykle osadu, a jeżeli jest, to tylko pojedyńczo znajdują się wałeczki szkliste i ziarniste, lecz niema ani przybłonków, ani ciałek krwi.

Wogóle, co do wałeczków w moczu pod względem rozpoznawczym, to na pewne rzec można, że wałeczki, bez względu na ich rodzaj, znajdują się w moczu wtedy, gdy nerki są zajęte stanem chorobowym, czy to z powodu zaburzeń w krążeniu, czy z powodu zwyrodnienia, czy też z powodu spraw zapalnych; a więc obecność wałeczków w moczu nie koniecznie wskazuje na zapalenie nerek. Z drugiej strony brak wałeczków nie wyklucza zapalenia nerek, a brak ich może być spowodowany już to osłabieniem serca, już to alkalescencyą moczu, bo w moczu alkalicznym wałeczki mogą się rozpuścić, już też, na co zwraca uwagę Sehrwald, rozpuszcza je obecna pepsyna w moczu. Zniknięcie ich z moczu w danych warunkach niema wcale żadnego znaczenia prognostycznego. Wydarzyć się może, że w moczu znajdziemy wałeczki, a białka wcale niema, mimo najstaranniejszego poszukiwania. Spostrzegałem to szczególnie u starych osób przy zaniku ogólnym, a więc i nerek, bez zmian zapalnych.

Wracając do osadu w przebiegu zapalenia nerek śródmiąższowego, znajdujemy leukocyty jednojądrzaste, pojedyńczo ciałka krwi czerwone. Ilość ciałek krwi czerwonych szybko się wzmaga aż do krwotoku po nadużyciach w jedzeniu i piciu, po przeziębieniu lub zmęczeniu się. W osadzie spotykamy niekiedy znaczną ilość kryształków kwasu moczowego i szczawianu wapniowego; nawet wałeczki bywają nasadzone tymi kryształkami. Gdy objaw ten stale zauważymy, rokowanie jest względnie dobre, gdyż sprawa skazy moczanowej, o którą tu właśnie idzie, da się powstrzymać przez odpowiedne leczenie. Wogóle sprawa zapalna w nerkach, raz rozpoczęta, da się ograniczyć na pewne partye nerek, które mogą wypaść z czynności fizyologicznej bez szkody dla sprawy wydzielniczej w nerkach pod warunkiem, że są partye zdrowe, które mogą wyrównać ubytek substancyi nerkowej.

Pozostaje mi jeszcze do uwzględnienia stan ogólny chorego. Obowiązkiem naszym jest znać i widzieć nietylko chorobę, lecz każdy z poszczególnych narządów i całego człowieka. Tylko wszechstronne badanie utrwala rozpoznanie, wyświeca rokowanie i jest kluczem do właściwego leczenia. Już na twarzy maluje się często cierpienie, szczególnie w przewlekłych zapaleniach nerkowych; twarz blada, obrzękła, błony śluzowe blade, podczas gdy w sprawie zastoinowej twarz i wargi są sinawe. W chorobach nerkowych najczęściej od twarzy poczyna się obrzęk, zmieniający swe miejsce. A jeżeli w chorobach nerkowych pierwsze objawy obrzęku okazują się na kończynach dolnych, to już to samo uzasadnia obawę o powikłanie ze strony serca, t. j. o osłabienie mięśnia sercowego. Najznaczniejsze obrzęki występują w przebiegu ostrych zapaleń nerek, szczególnie gdy przyczyną była płonica lub przeziębienie. Podobnie znaczne i rozległe obrzęki zdarzają się w przewlekłych zapaleniach miąższowych. W chorobach śródmiąższowych nerkowych najczęściej i długo brak wszelkich obrzęków i taki stan może trwać latami, jak długo ilość moczu, z powodu przerostu serca, jest znaczna. Wystąpienie tutaj obrzęków na kończynach dolnych, z powodu wyczerpania się energii mięśnia sercowego, jest zwiastunem blizkiego końca. W samem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek mogą być znaczne obrzęki, lub zupełny ich brak.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje zachowanie się układu naczyniowego i serca w przebiegu zapalnych chorób nerkowych. Jak już kilkakrotnie wspomniałem, zmiany w nerkach mogą istnieć równorzędnie ze zmianami w układzie naczyniowym i w sercu. Gdy więc znajdziemy wybitną miażdżycę tętnic, należy zawsze badać mocz; choćby były nieznaczne ślady białka, mogą one mieć swe znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne, gdyż są wyrazem sprawy stwardnienia i zaniku, odbywającego się w nerkach, co pociąga za sobą opisane powyżej powikłania. Częściej jednakowoż zmiany w tętnicach i w sercu, t. j. zwiększone napięcie tętnic i przerost lewej komórki, są natury wtórorzędnej. W ostrem zapaleniu nerek z reguły brak przerostu lewej komórki; jednak napięcie tętnic jest wzmożone, co pozostawałoby w pewnej sprzeczności z powyższemi uwagami. Dowodzi to jednak, że napięcie tętnic nie zależy wyłącznie od lewej komórki; tutaj prawdopodobną przyczyną jest zmieniona mięszanina krwi, która oddziaływa już to na same naczynia, już to na ośrodki naczynioruchowe. W dalszem następstwie, wskutek zwiększonego parcia w obwodowym układzie naczyniowym wyrasta większa praca dla serca, które tem samem musi przerastać, gdy może, aby pracy podołać. Dlatego też w przewlekłych zapaleniach miąższowych znajdziemy przerost serca i to tem większy, im dłużej choroba trwa. Wybitniej i prawie stale rozwija się przerost serca w śródmiąższowych zapaleniach nerek. Ponieważ choroba długo trwa i zwolna się rozwija, zwolna też ale stale wywiązuje się przerost serca, a tętno jest w tych razach wybitnie twarde i napięte. W czystem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek nigdy nie przychodzi do przerostu serca. Gdy więc w moczu dużo białka, mocz jasny, przeźroczysty, mało lub niema osadu, gdy są obrzęki, gdy wątroba, a szczególnie śledziona, duża i twarda, gdy równocześnie wykaże się ropienie, gruźlicę, kiłę itp., a brak jest zmian na siatkówce, brak przerostu lewej komórki serca, wtedy jest w całej pełni usprawiedliwione rozpoznanie zwyrodnienia skrobiowatego bez zmian zapalnych. Z powyższych uwag wynika, jak wielce rokowanie zależy od zachowania się tętnic i serca, od tych czynników, które wyrównują ubytek w tkaninie nerkowej i przynoszą ze sobą względne zdrowie. Jak długo wyrównanie ze strony serca istnieje, tak długo rokowanie co do życia jest dobre. Dokładne badanie serca jest ważne ze względu na rozpoznanie różniczkowe między nerką zastoinową a zapaleniem nerek. Przerost lewej komórki bez błędu zastawkowego, przy braku rozedmy płuc, przemawia raczej za zapaleniem nerek, jakkolwiek może być i idyopatyczny przerost serca, mogący również prowadzić do zastoin. Czasem i przy nie wyrównaniu ze strony serca wystąpić mogą z powodu zapalenia nerek szmery skurczowe, które utrudniają rozpoznanie. W takich razach rozstrzyga tętno, które w zapaleniach nerkowych bywa napięte, rozstrzyga drugi ton nad tętnicą główną, który bywa akcentowanym, rozstrzyga badanie osadu moczu, rozstrzyga badanie dna oczu, które zwykle okazuje objawy białkomoczowego zapalenia siatkówki, nadto przy sprawie zastoinowej w nerkach nie przychodzi nigdy do napadu mocznicy.

Białkomoczowe zapalenie siatkówki jest ważnym objawem z dwóch względów. Najpierw rozstrzyga przy wątpli-

wości, czy mamy do czynienia z nerką zastoinową, czy też zapaleniem nerek, powtóre daje pewną podstawę do ocenienia, jaka jest postać zapalenia. Najczęściej bowiem występuje w przebiegu śródmiąższowego zapalenia nerek, rzadziej w przewlekłem miąższowem i to w późniejszym okresie. Wspomnieć mi wypada jeszcze o pewnych objawach, towarzyszących zapaleniom nerkowym, wprawdzie nie charakterystycznych, ale w danym razie mogących zaważyć na szali rozpoznania. Są to mianowicie: bóle głowy, najczęściej umiejscowione w części potylicznej, objawy dyspeptyczne, niedokrewność, ogólne znużenie, wielka skłonność do zapaleń błon surowiczych, a przy niewyrównanej akcyi serca i przy zwyrodnieniu skrobiowatem, obrzęk wątroby i śledziony.

W rokowaniu w chorobach nerkowych nigdy nie można spuszczać z oczu ciężkiego powikłania, tem cięższego, że często skrycie i niespodzianie występuje, że zjawić się może w każdej postaci zapaleń nerkowych i w każdym okresie. Powikłaniem tem jest mocznica (uraemia), polegająca, według Fleischera, na niedokrewności mózgu. O niej zawsze pamiętać należy, gdyż z nadejściem mocznicy runąć może dobre rokowanie, choćby skądinąd było zupełnie usprawiedliwione. Niewątpliwie są pewne cechy, po których ją przewidzieć można; lecz niezbitej pewności pod tym względem dotychczas niema. Ból głowy umiejscowiony w tyłogłowiu, choćby nawet przepuszczający, ale bardzo dotkliwy, uporczywe nudności i wymioty natury odruchowej, a więc nie pokarmami, nagłe zmniejszenie się ilości moczu, swędzenie skóry, chrypka, duszność, obok zmian w moczu właściwych dla zapaleń nerkowych, to są zwiastuny zbliżającej się mocznicy, która nagle wybucha wśród objawów ślepoty, drgawek, nieprzytomności i objawu Cheyne-Stokesa. Lecz nie zawsze tak nam na rękę idzie z tą dyagnozą zbliżającej się uremii. Bóle głowy częstokroć towarzyszą od początku choroby; nudności i wymioty mogą mieć tak różne przyczyny, podobnie jak chrypka i duszność, a ilość moczu wcale nie rozstrzyga, gdyż są przypadki nie tak rzadkie, gdzie mocznica wybucha przy stosunkowo dość znacznej ilości moczu. W każdym jednak razie, cały zbiór tych objawów, niedających się czem innem wytłómaczyć, pozwoli nam z pewnem prawdopodobieństwem zwrócić uwagę rodziny chorego na możliwość wystąpienia napadu mocznicowego, gdyż powyższe objawy i tak są dziećmi mocznicy.

Zdaje mi się, że się nie rozminę z prawdą, gdy powiem, że w pewnych razach ścisłe rozpoznanie i wierne rokowanie, co do zapaleń nerkowych, należą do najtrudniejszych zagadnień dyagnostyki lekarskiej. Szczególnie da się to powiedzieć o przewlekłych zapaleniach nerkowych. Choroba ta zakrada się skrycie do ustroju, rozwija się również skrycie i dopiero wtedy na jaw wychodzi, kiedy częstokroć ratunek jest niemożliwy, lub przynajmniej bardzo utrudniony.

Wszak nie rzadko dopiero okulista rozpozna zapalenie nerek po charakterystycznych zmianach na dnie oka. Szczęściem więc jest dla chorego, a przyjemnością dla lekarza, gdy się uda chorobę rozpoznać, zanim przejdzie w okres ciężki, trudno uleczalny, gdy następnie z uzasadnionego pomyślnego rokowania zaczerpie chory otuchę, a lekarz energię i zapobiegliwość.

III. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza

W sprawie leczenia wrzodów podudzia

podał
Dr. Hubert Dika,
lekarz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Z czterdziestu przypadków, leczonych tym sposobem, podam kilka historyj chorób, tyczących się wrzodów większych i mniejszych:

I. Marya Cacko, l. 33, z Woli Zab. Wrzód na podudziu nogi prawej, trwający od lat 10, szerokości dłoni, okrężnie obejmujący dolną część podudzia, nadzwyczaj cuchnący i rozpadający się. Kończyna w stawie skokowym stężała (ankylotyczna). Chora, przyjęta w celu amputacyi, później nie zgadza się na nią. Od 1-go do 12-go listopada, skutkiem leczenia maścią lapisową, wrzód tylko się oczyścił. Od 12-go listopada zastosowano opaski klejowo-cynkowe. Razem założono opasek siedm. Już 6-go grudnia, a więc po 24 dniach leczenia, pozostał z wrzodu tylko skrawek podłużny szerokości 2 ctm., długości 5 ctm., czysty, zdrową ziarniną pokryty. Odtąd chora opuściła szpital i leczyła się ambulatoryjnie, przychodząc co 2 tygodnie po zmianę opaski. Dnia 14-go lutego wrzód był wielkości halerza; 28-go kwietnia wrzód bardzo zmalał, na około małe przeczosy (ekskoryacye). W dwa tygodnie potem wrzód w zupełności się zagoił. chora jednak zgłasza się jeszcze co kilka tygodni po opaskę.

II. Kazimierz Szarek, l. 26, z Pałosioła *ad* Jarosław. Wrzód żylakowy, od półtora roku trwający, na kończynie prawej, w dolnej trzeciej części podudzia, po stronie wewnętrznej okrągły, wielkości dłoni, bardzo głęboki, nadzwyczaj cuchnący, o brzegach równych, wystających, twardych; dno wrzodu nierówne, pokryte jużto skrzepami krwi, jużto zielonawo-szarymi nalotami. Od 6-go grudnia 1897 r. do 7-go stycznia 1898 stosowano opaski. Siódmego stycznia wrzód wielkości guldena; chory, przeniesiony na oddział okulistyczny, leczył się ambulatoryjnie do 22-go lutego, w którym to dniu opuścił szpital z wrzodem wielkości korony; blizna naokoło wrzodu silna, elastyczna. Zgłosił się powtórnie w kwietniu, nie zdjąwszy opaski. Wrzód wielkości halerza. Od 8-go kwietnia dwie opaski, wrzód zagojony.

III. Wojciech Dydak, l. 45, z Trześniowa. Wrzód żylakowy od dwu lat, kształtu ósemki, wielkości dwu dłoni. Od 22-go listopada do 22-go grudnia stosowano opaski. Chory wyleczony, opuszcza z opaską szpital. Blizna gładka, silna, elastyczna.

IV. Woźnica Regina l. 58, z Krakowa. Wrzód, od lat 20 nigdy nie zagojony na podudziu nogi prawej, zajmuje przednią wewnętrzną i zewnętrzną powierzchnię; szeroki na 15 ctm., długości 25 ctm. Od 1-go grudnia do 3-go stycznia stosowano opaski. Trzeciego stycznia wrzód wielkości halerza; dalsze leczenie ambulatoryjne. Pierwszego lutego wrzód zupełnie zagojony. Blizna silna, przesuwalna.

V. Piotr Dragosz. Na podudziu nogi prawej 4 wrzody wielkości dwuhalerzówki. Opaski od 15-go grudnia do 30-go stycznia, w którym to dniu chory z wrzodami zabliźnionymi i opaską opuścił szpital.

VI. P. Terpińska, l. 80, z Podgórza. Na podudziu nogi prawej wrzód od kilku lat, wielkości guldena, atoniczny, opierający się wszelkiemu dotychczasowemu leczeniu. Od 15-go listopada 1897 do 1-go lutego 1898 r. założono 4 opaski, pod któremi wrzód zupełnie się zagoił.

VII. Antoni Pustelnik, l. 64, z Andrychowa. Wrzód na podudziu nogi prawej, wielkości guldena, trwający od półtora miesiąca. Od 15-go do 30-go listopada zastosowano 4 opaski, pod któremi wrzód się zabliźnił.

VIII. Marya Flisowska, lat 64. Wrzód trwa od roku, o średnicy 16 ctm., czysty. Opaski od 16-go listopada do 13-go grudnia 1897 r.; w tym dniu wrzód był wielkości guldena. Od 13-go grudnia 1897 do 15-go stycznia 1898 r. leczyła się ambulatoryjnie; wrzód zabliźniony.

IX. Marya Sosińska, l. 16, z Alwerni. Wrzód na podudziu nogi lewej, od dwu lat trwający, wielkości 20-halerzówki, oprócz

tego dwa wrzodziki mniejsze. Od 24-go sierpnia do 15-go listopada 1897 r. była leczona maścią Unny i lapisową bez żadnego wybitnego wyniku. Od 15-go listopada stosowano opaski do 22-go grudnia. Wrzód zabliźniony, założono opaskę z poleceniem sześciotygodniowego noszenia.

X. Zofia Tomaszewska, l. 38. Wrzody na obu podudziach: na prawem wielkości dwuhalerzówki, nie głęboki, wygojony pod jedną opaską, którą założono dnia 26-go listopada, a zdjęto dopiero 7-go grudnia. Na podudziu lewem wrzód wielkości guldena, leczony w szpitalu opaskami od 26-go listopada. W dniu 7-go grudnia wrzód dorównywał wielkością 20-halerzówce. Od tego dnia leczoną była ambulatoryjnie do 15-go stycznia 1898 r. i uzyskano zupełne wyleczenie.

XI. P. Chłap, z Krakowa. Na podudziu nogi lewej sześć wrzodzików, każdy wielkości halerzówki. Leczy się od 5 miesięcy maścią cynkową bez widocznego wyniku. Czwartego marca założono opaskę, po tygodniu zdjęto, przyczem okazało się, że tylko dwa wrzodziki małe pozostały, reszta zagojona. Po drugiej opasce nastąpiło zupełne zagojenie. Ponieważ zajęcie chorej wymaga ciągłego stania, a po założeniu opaski uczuwała ulgę w chodzeniu, przeto co 2 tygodnie zakładano opaskę. Ostatnią chora nosi 4 tygodnie.

XII. P. Warzycki, z Nowego Sącza. Wrzód na podudziu nogi prawej, sięga od połowy grzbietu stopy aż do górnej trzeciej części podudzia, szeroki na 20 ctm., nieczysty, szaro-zielonymi nalotami, a miejscami atoniczną ziarniną, pokryty. W miejscu najszerszem paskowato obejmuje podudzie do około. Kość goleniowa obumarła na przestrzeni 5 ctm.². Z początku stosowano codzienne kąpiele, a po kąpieli maść borową. Pierwszego lutego w uśpieniu chloroformowem wydłutowano obumarłą część kości i leczono cały wrzód i ranę świeżo zadaną zwykłym sposobem. Gdy w miejscu wydłutowania kości poczęła się tworzyć zdrowa ziarnina, założono opaskę klejowo-cynkową, pod którą cały wrzód raptownie począł się goić. Trzydziestego kwietnia wrzód mierzył w promieniu 6 ctm., 20-go maja 3 ctm. i jest wszelka nadzieja, że po założeniu jeszcze kilku opasek, zupełnie się zabliźni.

XIII. Maryanna Mojek, l. 40. Wrzód istnieje od kilku lat na podudziu nogi lewej, długości 17 ctm., szerokości 22 ctm., prawie całkowicie obejmuje podudzie. Jest on nadzwyczaj cuchnący, nieczysty, nierówną atoniczną ziarniną pokryty, o wejrzeniu słoninowatem, bardzo sączący. Przez 5 dni kąpiele z letniej wody z dodatkiem kreoliny, poczem, za każdym razem, na wrzód gaza żółta i zwykły opatrunek. Po oczyszczeniu się wrzodu, t. j. od dnia 31-go maja do 9-go lipca stosowano opaski klejowo-cynkowe, w którym to dniu wrzód do $^1/_4$ części się zabliźnił.

Dażność do szybkiego gojenia się jednak nie u wszystkich wrzodów jest jednakową; niektóre, szczególnie wrzody obejmujące okrężnie całe podudzie z naciekłymi twardymi brzegami, oraz atoniczne, okazują dopiero po założeniu 3-ch do 4-ch opasek pewną dażność do gojenia się, zwłaszcza po zmiękłnięciu brzegów wrzodu pod opaską. W ogólności, co do czasu leczenia, nadmienić wypada, że wrzody małe, niezaniedbane, często po założeniu już jednej opaski, pozostawionej na czas dłuższy, goją się pod nią. Wrzody średnie i większe wymagają do wyleczenia okresu kilkutygodniowego, z tą różnicą, że w większych — początkowa zmiana opasek musi być częstszą niż w średnich, gdyż zazwyczaj więcej sączą, a wstrzymanie sączenia pod wpływem dermatolu bardzo rzadko się udaje.

Najwięcej czasu do wyleczenia całkowitego wymagać będzie wrzód, opisany pod Nr. XII. Lecz stanowczo tu stwierdzić musimy, że przypadek ten właściwie nadawał się do amputacyi, podobnie jak przypadki I. i XIII.; a jedynie tylko, wobec dobrego dotychczasowego wyniku leczenia, za pomocą opasek klejowo-cynkowych, dla próby zastosowano tu leczenie zachowawcze. Wobec pomyślnego zaś wyniku tego leczenia, czas nie wchodzi tu wcale w rachubę.

Przeglądając historye chorób oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza od r. 1893 do 1896 włącznie, przekonaliśmy się, iż leczono przez ten czas wrzodów podudzia na tle żylaków 108. Z tego, metodą Thierscha lub Reverdina 13, bez oznaczenia jakości leczenia 67; a amputacyj, z powodu wrzodów podudzia, wykonano 28, z tego u osób między 18 a 30 rokiem życia 7 razy, między 30 a 50 rok. życia 11 razy i tyleż razy u osób powyżej 50 lat. Co do wielkości wrzodów przy amputacyi podane są często wrzody wielkości dwu dłoni, w innych wypadkach nie podana wielkość, tylko ogólnie „rozległe owrzodzenie“. Nasze przypadki zwłaszcza XII, XIII i I, mityguja zapał operacyjny wobec wrzodów podudzia i każą ograniczyć amputacyę do przypadków wyjątkowych, a w zasadzie próbować zawsze przedtem opasek klejowo-cynkowych; a dopiero gdy te nie dadzą pożądanego wyniku, proponować choremu amputacyę. Najlepszym tego dowodem, że od czasu objęcia kierownictwa oddziału chirurgicznego przez prof. Trzebickyego, nie wykonano na oddziale ani jednej amputacyi z powodu zwykłego wrzodu podudzia. Z przypadków będących w leczeniu u nas, najchętniej do stałego leczenia przyjmowaliśmy wrzody większe, a jak dotąd, wszędzie osiągamy dobre wyniki.

Działanie opasek klejowo-cynkowych jest jasne: uciskają one równomiernie i elastycznie podudzie, usuwając przez to nieprawidłowe krążenie, a przytem nie odbierają choremu możności oddawania się swojemu zajęciu. Opatrunek ten osłania zarazem wrzód i chroni go od zakażenia, nie zatrzymując wydzieliny wrzodu i skóry.

Opaski takie nadają się najbardziej z powodu swej taniości i prostej techniki do leczenia ambulatoryjnego, szczególnie w szpitalach.

Wyniki osiągnięte są równie korzystne, bez względu na to, czy wrzód powstał na tle żylaków, czy też w następstwie przewlekłego wyprysku; w tym ostatnim razie używaliśmy pasty Lassara, kseroformu, lub pudru cynkowego, a na to dopiero zakładano opaskę.

Miły spełniam obowiązek, składając na tem miejscu prymaryuszowi oddziału, Wnemu Prof. Dr. Trzebickyemu, serdeczne podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyału oddziału chirurgicznego i za łaskawie udzielone mi wskazówki i rady.

IV. Oceny i sprawozdania.

Penzoldt i Stintzing: **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** Zeszyt 13—17. Jena, 1898, Nakład G. Fischera.

Druk wybornego podręcznika zbliża się szybkim krokiem do końca. Obecnie opuściły prasę: dokończenie 4-go i znaczniejsza część 5-go tomu, a znajdujemy w nich następujące rozdziały: leczenie chorób żołądka (Prof. Penzoldt), zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka (Prof. Heineke), leczenie chorób jelit (Penzoldt), zwężenie jelit, ich nowotwory i choroby odbytnicy (Prof. Graser), pasorzyty jelit (Prof. Leichtenstern), leczenie chorób otrzewnej (Penzoldt i Graser) z uwzględnieniem chorób kobiecych (Pf. Winckel), leczenie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki środkami wewnętrznymi (Pf. Leichtenstern), chirurgia kamicy żółciowej (Prof. Riedel), chirurgia wątroby i trzustki (Prof. Madelung), a w dodatku leczenie chorób oka, zdarzających się w chorobach przewodu pokarmowego (Prof. Eversbusch). Tom piąty poświęcony jest

leczeniu chorób nerwowych; poszczególne działy opracowali: Prof. Stintzing: ogólne zapobieganie i dyetetyka chorób układu nerwowego, Prof. Binswanger: Leczenie zapomocą odżywiania, Prof. Liebermeister: Poddawanie i hypnotyzm, Hösslin: Leczenie wodą, Stintzing: Leczenie klimatyczne i w zdrojowiskach, oraz: Leczenie elektrycznością i mechaniczno-operacyjne, w końcu: Leczenie środkami lekarskimi. W części szczegółowej opracowali: Prof. Strümpell i Möbius: Leczenie chorób czynnościowych (nerwic), a w dodatku: Prof. Riedel: Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa, Prof. Frommel: Leczenie drgawek (eclampsia) Gutzmann: Zboczenia mowy. W końcu znajdujemy początek rozprawy prof. Edingera: O leczeniu chorób nerwów obwodowych. Wobec niezwykłego rozrostu sposobów leczniczych w chorobach przewodu pokarmowego i nader szybkiego rozwoju terapii chorób nerwowych, takie zestawienie obecnego stanu nauki, jakie dają w tych działach wymienione rozprawy, skreślone przez znane powagi fachowe, jest bardzo na czasie; ogół lekarski zapewne też z uznaniem powita pożyteczne dzieło Penzoldta i Stintzinga. *Z.*

Doc. Dr. Hang (Monachium): **Thun u. Lassen in der Behandlung etlicher der häufigsten Ohrenkrankheiten.** *(Seitz et Schauer, Monachium 1898).*

W pracy tej zwraca się autor do lekarzy praktycznych z zastrzeżeniami i radami, tyczącemi się postępowania lekarskiego w przypadkach spotykanych najczęściej w praktyce codziennej i ze wskazówkami, przy uwzględnieniu których można niejednemu nieszczęściu zapobiedz i niejedno życie ludzkie ocalić. Kolejno omawia autor jakiem być powinno postępowanie lekarza w obec ciał obcych w uchu, woskowin, w uszkodzeniu ucha zewnętrznego i błony bęb., wyprysku, roztrząsa wskazania i przeciwwskazania do natrysku powietrza i do nacięcia błony bęb. Ten ostatni rękoczyn stawia słusznie na równi z cięciem przepuklinowem i tchawiczem, pod względem znaczenia dla zdrowia, a czasem i życia chorego. —

Co do natrysku powietrza do ucha środkowego, to nie ulega żadnej wątpliwości, że ten w pewnych okolicznościach szkodzić może; że zaś on w każdym przypadku sprawy ostrej szkodzić musi, jak to autor przedstawia, to przecież twierdzenie takie nie odpowiada rzeczywistości i doświadczeniu. Wcale nierzadko spostrzegamy, ze wpędzenie powietrza nie tylko nie szkodzi, ale nawet sprowadza natychmiastową ulgę, a nawet poprawę przedmiotową i trwałą, podczas gdy w innych znowu przypadkach, mimo zaniechania tego zabiegu, choroba przebiega niekorzystnie i wikła się z zapaleniem wyrostka sutkowego itp. Zgadzamy się jednak z autorem w tem, że w pewnych ostrych sprawach ucha środkowego i jamy nosopołykowej zabiegu tego wykonywać nie wolno, ze względu na łatwą możebność zaostrzenia i rozszerzenia sprawy zapalnej, zwłaszcza przy zamkniętej błonie bębenkowej i że wskazanem jest tu ścisłe indywidualizowanie w każdym poszczególnym przypadku.

Praca Dra H. w zupełności zadość czyni temu, co tytuł zapowiada. Doświadczony na tem polu autor jest wybornym znawcą potrzeb lekarza praktycznego, którym zadość uczynić zamierzył, a co mu się w zupełności powiodło. Ze względu na praktyczne znaczenie zasługuje ta rzeczywistej potrzebie i celowi odpowiadająca praca, na polecenie i na rozpowszechnienie. *Spira.*

V. Wyciągi.

Schlossman: **Nowy sposób odkażania pomieszkań.** *(Berl. klin. Wchs.,* 1898. Nr. 25). S. wypracował swój sposób wspólnie z Doc. Waltherem. Starając się zapobiedz szybkiej polymeryzacyi formaldehydu, która jest wadą dotychczasowych sposobów odwietrzania mieszkań zapomocą tego środka, gdyż bardzo szybko pozbawia go jego własności, dodawał S. i W. do formaldehydu różne substancye. Z dodatków tych najlepszą okazała się gliceryna. Działanie w ten sposób otrzymanego glykoformolu dało się najlepiej wyzyskać zapomocą rozpylacza *(Vernebelungsapparat)*, zbudowanego przez firmę Lingner w Dreźnie. Przyrząd ten składa się z pierścieniowatego kociołka, w którym zagrzewa się wodę do wrzenia; wytworzona para przechodzi do zbiornika, wypełnionego 40% formalina z dodatkiem 10% gliceryny (glykoformol). Prąd formaldehydu, zamienionego w gaz, wytryska z przyrządu czterema rurkami w pokrywie, porywając ze sobą mechanicznie cząstki wody i gliceryny. Już po 10 minutach czynności przyrządu napełnia się pokój, wielkości 60 metrów sześciennych, nieprzeźroczystą mgłą, złożoną z formaliny, wody i gliceryny. Po 3 godzinach działania przyrządu odkażenie pokoju jest zupełne, a dotyczy ono także spluwaczek z 3 mm. warstwą ziemi, 5 mm. warstwy nawozu końskiego, splamionej bielizny i t. d. (W każdym więc razie odkażenie jest dość powierzchowne i nie dotyczy głębi przedmiotów Rf.). Zalety sposobu S. i W., wykonanego przyrządem Lingnera, mają być w porównaniu z dawnymi sposobami następujące: 1) Bezwzględne odkażenie. 2) Nie potrzeba zaklejać drzwi i okien. 3) Całe odkażenie trwa tylko 3 godziny (w sposobach Scheringa i Trillata potrzeba na to 24 godzin. 4) Przyrząd łatwo obsłużyć; nie grozi on przytem niebezpieczeństwem, gdyż działa przy ciśnieniu pół atmosfery. 5) Sposób jest tani i nie uszkadza przedmiotów. 6) Wytworzona mgła, jako cięższa od powietrza, po ukończeniu czynności sama opada na dół, zabierając ze sobą zarazki z powietrza. 7) Skuteczność sposobu ograniczona jest jedynie do własności gazu: zabójcze działanie na zarazki następuje tak głęboko, jak głęboko gaz zdoła wniknać. 8) Po ukończeniu odkażenia można szybko usunąć zapach formalinu, zobojętniając jego resztki amoniakiem i silnie wietrząc pokój.

(Za staraniem Dyr. Prof. Ponikły są w toku doświadczenia z przyrządem Lingnera, którymi zajmują się uproszeni przez Prof. P. koledzy Dr. Batko i Kostanecki; ponieważ wynik doświadczeń w swoim czasie będzie ogłoszony, wkrótce więc sprawdzić będzie można zapewnienia Schlossmana). *Doc. Ciechanowski.*

Hansemann. **Wtórne zakażenie prątkami gruźliczymi.** *(Berl. kl. Wchs.* 1898. 11.). Bakteryolodzy mało zwracają uwagi na okoliczność, że pewne sprawy chorobowe mogą przejść w gruźlicę wskutek wtórnego zakażenia prątkiem Kocha. H. za wzorem większości anatomopatologów stwierdza, że zdarza się to względnie często. I tak sądzi on, że zołzy nie są gruźlicą, lecz stają się nią dopiero wtedy, gdy przyłączy się działanie prątków gruźliczych. Na dowód tego przedstawiał H. w berlińskiem Tow. lek. preparaty ze świeżymi gruzełkami w starych zmianach rozmaitego pochodzenia (wrzody durowe, zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe it.d.). U pewnej chorej rozpoznawano za życia gruźlicę na podstawie samego tylko badania plwocin; po śmierci znaleziono tylko dwie jamy, pochodzące z rozszerzenia oskrzeli, a usadowione po jednej w każdem płucu. W treści jamy płuca lewego znajdowały się prątki gruźlicze; po prawej stronie nie było ich wcale. Pomimo więc, że z jednej jamy, zakażonej prątkami Kocha, były one wykrztuszane, mimo to do zakażenia drugiej jamy nie przyszło. Wtórne zakażenie gruźlicą nie może w tym przypadku żadnej ulegać wątpliwości. *C.*

Obici. **O własnościach chorobotwórczych kropidlaka.** *(Aspergillus fumigatus).* (Zieglers Beitr. XXIII. 2). Spostrzegając przypadek, w którym przez owrzodzenie oskrzela dostał się kropidlak do płuc i od czasu do czasu znajdował się w plwocinach, przeprowadził O. szereg doświadczeń i zebrał odpowiednie piśmiennictwo, dochodząc w końcu do następujących wniosków: Kropidlak może sam przez się być u ludzi i zwierząt przyczyną choroby; zwykle jednak usa-

dawia się w częściach już dawniej schorzałych. Zarodniki jego znajdują się obficie w zbożu, trawie, słomie, grochu it.d. U ludzi rozwija się zwykle sprawa chorobowa w płucach i naśladuje swymi objawami gruźlicę. Wszczepiając zarodniki kropidlaka zwierzętom do krwi, przedniej komórki oka lub do otrzewnej, można wywołać ogólne zabójcze zakażenie kropidlakiem. Po wszczepieniu małych ilości grzybka powstają natomiast w narządach wewnętrznych guzki, zupełnie podobne do gruzełków z wejrzenia gołem okiem, a złożone z grzybni, nacieku drobnokomórkowego i niekiedy także z wielojądrzastych komórek olbrzymich. Grzybnia i naciek drobnokomórkowy mogą ulegać ziarnistemu rozpadowi; właściwe zserowacenie nigdy się nie rozwija.

Doc. Ciechanowski.

Abba i Rondelli. **Formaldehyd a odwietrzanie** (*Zts. f. Hyg.* 27. Zesz. I). Im wyższa jest ciepłota i im suchsze powietrze w odkażanej przestrzeni, tem lepiej działa formalin. Formaldehyd, jako czysty gaz, nie posiada własności wnikania w głąb przedmiotów; niszczy sukno, futra, papier, skórę, drzewo it.p., natomiast nie narusza farb, prócz tych, które wyrabiają się ze smoły i jej przetworów. Odkażanie pomieszkań w lecie w suchej i ciepłej porze jest skuteczniejsze i prędsze. Jeżeli po odkażeniu mieszkania należycie nie przewietrzono, nie można w niem jeszcze po dobie przebywać, a tem mniej spać. Zapach formaldehydu utrzymuje się jeszcze dłużej (do kilku dni), jeżeli podłoga jest drewniana. Odwietrzając jakiekolwiek mieszkanie, nie podobna prawie przeszkodzić wydostawaniu się woni formaldehydu poza nie. Łóżka, bielizna, odzież it.d. nawet w najmniejszym pokoju nie dają się odkazić, choćby bardzo luźno leżały, z wyjątkiem bardzo cienkich, wiszących swobodnie sztuk odzieży. Plamy z krwi, ropy lub kału nie dadzą się z odzieży po odkażeniu formaldehydem usunąć w żaden sposób. Materye barwione przebarwiają się pod wpływem formaldehydu na inny kolor, ale jednostajnie. Sciany i podłoga zwłaszcza w szczelinach, nie są nigdy na pewno odkażone. Odkażenie formaldehydem gazowym jest kosztowniejsze i trwa dłużej, niż odkażenie sublimatem. Wogóle niemożna zdaniem autorów, zastąpić formalinem sublimatu w odkażaniu pomieszkań, a pary wodnej w odkazaniu łóżek, pościeli i odzieży. Natomiast sądzą autorowie, że formalina bardzo nadaje się do odkażania innych przedmiotów, psujących się za użyciem pary wodnej lub płynów przeciwgnilnych. *C.*

Abel. **Przyczynki do bakteryologii wrzodziejącego zapalenia ust i gardła.** *(Stomatitis et angina ulcerosa).* (Ctblt. f. Bact. 1898. Tom 24. Z. I). Bernheim zwrócił niedawno uwagę, że z zapaleniem wrzodziejącem ust łączą się często, o czem w Niemczech prawie nie wspominano, owrzodzenia migdałków, zwykle po jednej stronie, podobne na pierwszy rzut oka do owrzodzeń błoniczych, a wywołane przez te same swoiste bakterye, jakie wykryć można w zapaleniu ust. Są to dwa rodzaje, których dotąd nie powiodło się sztucznie wyhodować, a z których jeden należy do gatunku *„spirochaete"*, drugi podobny jest nieco do prątków błoniczych. Jeżeliby się podania B. sprawdziły, nie byłoby to bez znaczenia dla bakteryologicznego rozróżniania błonicy od przypominających ją postaci wrzodziejącego zapalenia ust i gardła. Badając bakteryologicznie przypadki owrzodzeń na migdałkach w kierunku prątków błoniczych, spotkał Abel około 8 razy w preparatach z nalotów obraz opisywany przez Bernheima; równoczesne usiłowania wyhodowania prątka Löfflera pozostały bezowocne. We wszystkich tych przypadkach cierpienie usadawiało się zawsze na jednym tylko migdałku. Oprócz tego potwierdzają się spostrzeżenia Bernheima przez badania Plauta, Stoossa, Heima, a zwłaszcza Vincenta i Lemoina (ob. w „Przeglądzie" listy z Paryża). Zdaje się więc z tego, że rzeczywiście istnieje pewna szczególna postać zapaleń ust i gardła z wrzodami, w których stale pojawiają się oba rodzaje bakteryi, opisane przez Bernheima; czy te właśnie rodzaje są przyczyną choroby, wykażą późniejsze badania; w każdym razie odkrycie B. rzuci może choć trochę światła w zawiłą sprawę niebłoniczych owrzodzeń gardła. Na uwagę zasługuje, że obraz bakteryologiczny w przypadkach Bernheima przypomina żywo to, co spotkał Vincent w przypadkach zgorzeli szpitalnej u Kabylów na Madagaskarze. *Doc. Ciechanowski.*

Spiegelberg. **Dalszy przyczynek do znajomości nieżytu jelitowego u noworodków, wywołanego przez paciorkowce.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898. XXIV. 2/3). Przypadek S. rzuca nieco światła na źródła i bramę, przez którą paciorkowce dostają się do ustroju w owej szczególnej postaci nieżytów jelitowych, wykrytej i opisanej przez Eschericha, Hirsha i Libmana, a stwierdzonej od tego czasu kilkakrotnie, jako choroba nagminna. Przypadek ten dotyczy 9 miesięcznej dziewczyny, przyjętej do kliniki z powodu cierpienia oczu, i umieszczonej w sąsiedztwie innego dziecka, dotkniętego nieżytem jelit paciorkowcowym. Wkrótce potem dziewczynka zaczyna gorączkować, pojawiają się śluzowo-ropne, obfite stolce; po odpowiedniej dyecie i garbniku stan się poprawia, lecz w tydzień potem jeden, po kilku dniach drugi nawrót, połączony tym razem z objawami zapalenia płuc i ostatecznie zakończony śmiercią. Sekcya wykazała niski stopień gruźlicy i zapalenie płuc, zserowacenie gruczołów krezkowych i bardzo nieliczne i małe wrzody gruźlicze, obok rozległych śladów przebytych nieżytów jelitowych w postaci zaniku i szarego zabarwienia błony śluzowej. Autor stanowczo odpiera przypuszczenie, że cała sprawa była zwykłą gruźlicą; przeciw temu przemawia rozległość zmian nieżytowych jelit w porównaniu z niskim stopniem zmian gruźliczych i wynik badań bakteryologicznych, które za życia wykazały w moczu i stolcu obecność znamiennych paciorkowców. Paciorkowce te dały się z moczu wyhodować i działały na zwierzęta zabójczo. Badanie pośmiertne wykryło je w ścianach jelit i w ogniskach zapalnych w płucach. Były one nieco większe od paciorkowców, znalezionych przez Hirsha i Libmana, dawały się łatwiej hodować i przypominały *„diplococcus intestinalis"* Tavela, jednakże tworzyły jednostajne łańcuszki. Szczególne znaczenie przypisać należy obecności paciorkowców w danym przypadku w płucach; jest to bowiem niewątpliwy tym razem przykład zakażenia, przenoszącego się z jelit do płuc. *Doc. Ciechanowski.*

Löwenfeld: **Wiąd rdzenia a wysiłki cielesne.** *(Ctblt. f. Nervenh.* XXI, 101). Większość autorów przypisuje za Erbem i Fournierem kile najgłówniejszą rolę w powstawaniu wiądu; natomiast Leyden uważa za najczęstszą przyczynę wiądu zaziębienie, a Edinger nadmierne wysiłki cielesne. E. zwraca mianowicie na to uwagę, że u ludzi, narażonych na wysilanie nóg, musi wskutek nadmiernej czynności ucierpieć narząd nerwowy, służący do kojarzenia ruchów odnóg dolnych i tułowia, a na poparcie swego zapatrywania przytacza okoliczność, iż wiąd rdzenia pojawia się szczególnie często u wojskowych, leśniczych, urzędników kolejowych i t. d., natomiast rzadko u prowadzących życie nieruchawe nierządnic, oraz, że wiąd rozpoczyna się prawie zawsze od zaburzeń w ruchach nóg. Löwenfeld spostrzegał wiąd u 35-letniego czeladnika introligatorskiego, który stanowczo nigdy kiły nie przebywał, natomiast przez 11 lat pracował stojąc przy cięciu papieru, a w końcu przez 4 lata nadmiernie wysilał nogi, wprawiając przez 10 g. dziennie nogami w ruch jedną ze służących do tego maszyn. Nawiązując do tego spostrzeżenia, a opierając się na swojem rozległem doświadczeniu, zauważa L., że wysiłek fizyczny jest w etyologii wiądu czemś więcej, niż czynnikiem tylko pomocniczym. W małym ułamku przypadków jest on przeciwnie jedyną główną przyczyną wiądu, którą można postawić w jednym rzędzie obok zaziębienia i kiły; prawdopodobnie jednak istnieje w tych przypadkach jakaś wrodzona lub nabyta skłonność sznurów tylnych rdzenia do zmian chorobowych. *X.*

Rosenfeld: **Odróżnienie zapalenia pęcherza moczowego od zapalenia miedniczek nerkowych.** *(Berl. klin. Woch.* 1898, 30). Autor przechodzi wszystkie cechy moczu w obu tych chorobach, stwierdzając najczęściej stanowcze rozpoznanie jednej z nich. Oddziaływanie moczu jest tylko jedno-

stronnym szczegółem, gdyż w niepowikłanem zapaleniu miedniczek nerk. mocz bywa zawsze kwaśny; jednak zdarza się w zapaleniu pęcherza rzeżączkowem, gruźliczem lub w kamicy moczanowej. Z drugiej strony mocz alkaliczny przemawia za zapaleniem pęcherza, choć nie wyklucza równoczesnej obecności zapal. miedn. Kształt ciałek ropy daje także pewne wskazówki: ciałka pełzakowate (amebowate) przemawiają za zapal. miednicz., a chociaż znalezienie tylko okrągłych ciałek nie wyklucza jeszcze zap. miedn., to jednak wskazuje dość stanowczo na zapalenie pęcherza. Jeżeli pojawia się krew w moczu, to w zap. pęch. znajdujemy ciałka w rozkładzie chemicznym t. j. zatracenie powolne barwika bez rozpadu ciałek, — w zap. miedn. zaś rozpad morfologiczny, a więc drobne części ciałek, zwykle jeszcze zabarwione. Badaniu przybłonków w ropie odmawia autor znaczenia, z wyjątkiem tych przypadków, w których znajdujemy większą ilość drobnych komórek przybłonkowych z wyraźnem jądrem, zwykle skupionych, ponieważ przemawia to za pochodzeniem ropy z miedniczek nerkowych. Za najważniejsze należy uważać następujące dane: w zapal. pęch. wielkiej ilości ropy odpowiada stosunkowo niski odsetek białka (0,1, maximum 0,15%), w zapal. miedn. zaś zawartość białka jest zwykle 2—3 razy większa, niż w zapal. pęch. tego samego nasilenia, tak, że gdy zajęte są miedniczki nerk., już mały osad w moczu odpowiada wielkiej ilości białka. To też znane obliczenie, że 100.000 ciałek ropy w 1 mm.³ odpowiada 0,1% białka, ma znaczenie tylko w zapal. pęch., bo w zapal. mied. odsetek ten bywa 2—3 razy większy. W końcu zwrócić należy uwagę, że jeden szczegół nigdy nie stanowi rozpoznania, a tylko zbiór wszystkich objawów doprowadza do stanowczego wyniku.

F. K.

Klingelhöffer: **Podejrzane zmiany na zwłokach wskutek ukąszeń owadów** (*Viertelj. f. ger. Med.* XV. 1). Bardzo ubogi sługa pocztowy, opatrujący bateryę elektryczne i stąd mający pod ręką zgęszczone roztwory kwasów, stracił 9-miesięczne dziecko po 8-dniowej biegunce. Przy oględzinach zwłok dziecka w dobę po śmierci znaleziono przy kątach ust, żółte, ostro ograniczone, smugowate zaschnięcia skóry, a podobne plamy znajdowały się pod lewem uchem, na piersiach i na pośladkach. Podejrzywając, że usiłowano dziecko zatruć kwasem siarkowym, który wskutek obronnych ruchów dziecka bryznął także na skórę tułowia, zarządzono sekcyę sądową. W ustach i przełyku nie znaleziono zmian; tymczasowe orzeczenie brzmiało, że znalezione plamy pochodzą od zwilżenia skóry cieczą żrącą. Bardzo staranne badanie chemiczne cząstek skóry doprowadziło do wniosku, że zatrucie kwasem siarkowym nie jest udowodnione, lecz nader prawdopodobne. Ojciec, uwięziony, utrzymywał, że na zwłokach znalazł mnóstwo prusaków; w mieszkaniu jego nie znaleziono żadnych kwasów. Wobec tego znawcy orzekli, że znalezione zmiany mogły pochodzić również od ukąszenia prusaków; w tym kierunku oświadczyli się także dalsi znawcy. Tymczasem spotkał Kl. dwukrotnie jeszcze podobne zmiany na skórze i stwierdził, że powstały one istotnie przez prusaki (*Blatta germanica*).

C.

Collan: **O zapaleniu rzeżączkowem pęcherzyków nasiennych**. (*Monatsh. f. pr. Dermat.* 1898). Autor wskazuje na zapalenie pęcherzyków nasiennych, jako na powikłanie, nierzadko pojawiające się w rzeżączce. Z 15 spostrzeganych przypadków, w dziewięciu istniały przypady tego cierpienia, które polegały na tem, że wykazano ciałka ropy i gonokoki w wydzielinie pęcherzyków. Wydzielinę otrzymuje się w ten sposób, że po przepłukaniu dokładnem cewki i wyciśnięciu gruczołu krokowego, wyciska się zapomocą przyrządu Telekiego pęcherzyki nasienne, a z cieczy otrzymanej przy ujściu cewki lub w moczu, wydobywa się ciałka globuliny, podobne do ziarnek saga, stwardnia je, zatapia, a skrawki barwione błękitem metylowym bada pod drobnowidem.

F. K.

Gilchrist i Stockes: **Przypadek rzekomego liszaja żrącego**. (*Journ. of. exp. Med.* 1898, 53). U 22-letniego mężczyzny wystąpiły powoli zmiany na twarzy, w miesiąc później na grzbiecie ręki prawej, a w 6 miesięcy na mosznach i lewem udzie; te ostatnie zagoiły się samoistnie. Autorowie widzieli tego chorego w 33 r. jego życia; zmiany na twarzy rozpoznali jako liszaj żrący, bo najwięcej do tej choroby były podobne, mimo, że nie było odosobnionych guzków a tylko częścią drobne owrzodzenia, częścią zaś brodawkowate wybujałości. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka wykazało liczne, drobne, w skórze położone ropnie, w których znaleziono silnie łamiące światło ciałka, o podwójnych konturach, mierzące 10—20 μ w średnicy. Otrzymana z ciałek tych hodowla, wstrzyknięta do żyły szyjnej psa, wywołała w płucach przewlekłe ogniska zapalne, a częściowo serowate gruzełki. Autorowie nazywają znaleziony ustrój: *Blastomycetes dermatitidis*, a chorobę: *Dermatitis blastomycetica*. Chory opuścił szpital na własne żądanie.

F. K.

Borst: **O wzajemnym wpływie kiły i gruźlicy** (wedle *Münch. m. Woch.* 1898, 30, posiedz. Tow. lek. w Würzburgu). W r. 1894 przedstawiał Rindfleisch na Zjeździe w Wiedniu preparaty, w których ogniska gruźlicze otoczone były stwardniałą tkanką kiłową; B. przedstawia trzy płuca gruźlicze z kiłowych i wątrobę dziecka zmarłego w 11 tyg. ż. skutkiem kiły. W płucach wszystkie gruzełki, jakoteż jamy otoczone są tkanką bliznowatą, zawierającą liczne kilaki i włókniste guzki, większe zaś serowate guzy opatrzone są grubymi pierścieniami tkanki łącznej, dającej wypustki promieniste w otoczenie. Autor opierając się na tych badaniach uważa kiłę za jedną z przyczyn, pod wpływem której występują bardzo wybitnie uorganizowane tkanki w otoczeniu dawnych zmian gruźliczych.

F. K.

Dr. L. Glück: **Mittheilungen aus d. Abtheilung für Syphilis u. Hautkrankheiten d. bosn.-herzeg. Landesspit. in Sarajevo.** Wien 1898 str. 133. W r. 1894 założono w Sarajewie szpital powszechny, w którym znalazł pomieszczenie oddział dla chorób skórnych i wenerycznych, w dwóch oddzielnych pawilonach (męzkim i kobiecym), obejmujących 77 łóżek i pracownie, urządzone wedle nowoczesnych wymogów.

Prymaryusz tego oddziału, Radca sanitarny, Dr. L. Glück, daje sprawozdawczy przegląd swej działalności i ruchu chorych od połowy r. 1894 do końca 1896.

Liczba przychodnich chorych wynosiła przez ten czas 2859; ciekawym jest szczegół, że 16·4% z powyższej liczby przypada na tak nieufną ludność mahometańską, a uderzającą jest cyfra kiły późnej (32·6% kiły w ogóle). Na oddziele leczono 1847 chorych, z których 32·8% przypada na choroby skórne, a 26·8% na kiłę. Opisując dział chorób skórnych, przytacza autor historye przypadków ciekawszych. W kile zwraca uwagę wielka ilość przypadków kiły ciężkiej, bo 67 przyp. na 128, a z tych 9 przypadków rzadko się pojawiającej, uporczywej postaci guzkowej, t. zw. *lichen syphilit.* Kiły 3 rzędnej leczono znaczny bardzo odsetek, bo 36·4% wszystkich kiłowych (103 przyp., w tej liczbie 14 przyp. kiły późnej odziedziczonej); przytem zwraca Glück uwagę na 6 przypadków, w których widział zmiany wczesne obok zmian późnych, a omawiając częstość kiły złośliwej w swoich przypadkach, przychodzi do wniosku, że kiła jest w powyżej wymienionych prowincyach chorobą niedawno rozszerzoną.

Drugą część sprawozdania stanowią trzy prace naukowe. W pierwszej: „O rumieniu wielokształtnym przy kile“, ilustrowanej pięciu historyami chorób, wypowiada autor zdanie, zgodne z wielą autorami, że rumień u kiłowych jest o tyle w związku przyczynowym z kiłą, o ile jest wywołanym przez istoty zakaźne, krążące we krwi, a pochodzące od jadu kiłowego. Za tem przemawia ten ważny, często spostrzegany szczegół, że rumień występuje w różnych okresach kiły. Drugi artykuł omawia szerzenie się woszczyn (favus) w Bośnii i Hercegowinie i wskazuje na środki zapobiegające przenoszeniu się tej tak rozpowszechnionej choroby; wreszcie trzecia praca, napisana przez asystenta oddziału,

Dra O. Hildesa, nosi tytuł: „Leczenie kiły wstrzykiwaniami miąższowemi sublimatu w różnych dawkach“. Autor roztrząsa wyniki leczenia przy użyciu powyższych wstrzykiwań, które polegają na dokładnem dawkowaniu zależnie od ciężkości lub uporczywości zmian i siły osobnika. Zazwyczaj rozpoczyna od 1% rozcz. (jedna strzykawka Pravatza;) trzeciego dnia 2% rozcz., po 3-ch dniach 3%, a potem schodzi nazad do roczczynów słabszych; gdy zmiany są nader uporczywę, można dojść w ten sposób do 5% roczczynu, robiąc wtedy dłuższe przerwy między wstrzykiwaniami. — Jestto więc odmiana wstrzykiwań sublimatowych Łukasiewicza. Na mocy spostrzeżeń u 155 chorych twierdzi H., że wstrzykiwania powyższe, wprowadzone do literatury przez Dra Glücka, są postępem w leczeniu siły, bo dają możność indywidualizowania przypadków, usuwają szybko zmiany, — szczególnie zmiany krtani nawet bez leczenia miejscowego, — wreszcie nadają się do leczenia chorych przychodnich.

Sumienne zestawienie danych statystycznych, ubarwione uzasadnianiem liczb i objaśnieniem nieznanymi prawie dla nas stosunkami miejscowymi i historyami chorób, a nierzadko nawet rysunkami, — przedstawia zajmujący do przejrzenia materyał dla lekarza specyalisty; — stały wzrost zaś liczby chorych leczonych dowodzi, jak pracą i sumiennością zdobyć można zaufanie nawet nizko w oświacie stojącej ludności. Dołaczone prace objaśniają nas, że oddział prowadzonym jest nie tylko z korzyścią dla leczonych, ale i z pożytkiem dla nauki. *F. K.*

Roncali. **Przypadek zakaźnego gruczolaka okrężnicy.** *(Papilloma infectans)*. (Ctbl. f. Bact. 1898. XXIV. 2/3 4/5, 6, 7, 8 i 9). Pomijając przebieg kliniczny, (w którym zresztą zasługuje na uwagę, zdaniem R., wysoka i długotrwała gorączka) i opis operacyi, należy wspomnieć, że wydobyty guz ważył 2.900 gr. i siedział głównie na zewnętrznej powierzchni okrężnicy, w dwóch tylko miejscach przenikając na wskroś jej ścianę i bujając ku światłu; na powierzchni guzowaty, przy przekrawaniu trzeszczał; powierzchnia przekroju biaława, gdzieniegdzie jamki, wypełnione treścią czekoladową; w krezce i sieci przerzuty. Badając świeże cząstki guza, znalazł w nich R. kuliste, silnie światło łamiące twory rozmaitej wielkości, przeważnie z promienistemi lub współśrodkowemi czarnemi smugami lub czarnemi ziarenkami, niekiedy otoczone wieńcem komórek przybłonkowych; dalej ciałka owalne lub okrągłe, dochodzące wielkości ciałek białych, posiadające otoczkę o podwójnym zarysie, jednostajną protoplazmę i parę silnie łamiących światło ziarn w środku, a barwiące się sposobami Ziehla i Ehrlicha. Już na tej podstawie uważał R. znalezione twory za pasorzyty z rodzaju *„blastomycetes“*; wobec odczynników chemicznych zachowywały się one podobnie jak *„saccharomyces lithogenes“*, wykryty w nowotworach świnek morskich przez Sanfelicego i samegoż R. W skrawkach barwionych przedstawiał nowotwór budowę gruczolaka (niewiadomo dlaczego autor nazywa go raz rakiem gruczolakowym—*adenocarcinoma* — drugi raz brodawczakiem—*papilloma*. Ref.), z naciekiem drobnokomórkowym w częściach obwodowych, co autor tłómaczy w ten sposób, w myśl teoryi fagocytozy, że ciałka białe gromadzą się tam, gdzie znajdują się pasorzyty, a te istnieją głównie w obwodowych tj. najmłodszych częściach nowotworu. Twory, które autor uważa za pasorzyty, leżały najczęściej w środku wieńca komórek przybłonkowych, gdzieniegdzie jednak i wśród podścieliskowej tk. łącznej. Z przeszczepionych cząstek guza wyhodował się w zakwaszonym roczczynie cukru po 8—10 dniach rodzaj *„blastomycetes“*, zabójczy dla morskich świnek. W obrzękłych gruczołach chłonnych i w ogniskach białawych, dostrzeżonych w narządach tych zwierząt, odnalazł R. pod drobnowidem opisywanego przez siebie pasorzyta.

W dalszym ciągu swej pracy przytacza R. wyniki badań własnych i innych autorów, mające dowodzić, że znajdowane w rakach i mięsakach *„coccidia“* i drożdże są przyczyną, wywołującą nowotwory złośliwe. Dowody te, poczerpnięte prawie wyłącznie z prac współziomków Roncaliego, dadzą się streścić w następujących zdaniach: w nowotworach złośliwych można wykryć ciała, niepochodzące z komórek ustroju, a identyczne z jednej strony z tak zw. „coccidiami“, znajdowanemi w rakach i mięsakach, z drugiej z komórkami drożdżowemi, znajdowanemi w tkankach zwierzęcych po zaszczepieniu czystej hodowli drożdży; ciała te znajdują się tylko w utkaniu nowotworów złośliwych, niema ich zaś w innych sprawach chorobowych; leżą zawsze w obwodowych częściach nowotworu, t. j. tam, gdzie on się rozrasta; barwią się w sposób swoisty i dadzą się z nowotworów u ludzi i zwierząt wyhodować na sztucznych pożywkach; czyste ich hodowle przyjmują się u zwierząt, wytwarzają tam podobne formy, jak w nowotworach u ludzi i dają odczyn celulozy, co je wyróżnia od innych tworów, pochodzących ze zwyrodnienia samych komórek nowotworu; według Sanfelicego i autora niektóre rodzaje drożdży wywołują u zwierząt zmiany o cechach zmian nowotworowych, a nie zapalnych, i niekiedy tworzą rodzaj przerzutów, a często sprowadzają śmierć zwierzęcia. Jak R. pojmuje sprawę owych „zmian o cechach nowotworowych, a nie zapalnych“, wywoływanych przez zaszczepienie drożdży u zwierząt, o tem dowiadujemy się z dalszego ustępu, w którym R. oświadcza, że „nowotwory u ludzi i zwierząt są t y p e m przewlekłych spraw zapalnych“ (!) Tłómacząc dalej, dlaczego dotąd nie powiodło się wywołać zapomocą drożdży istotnych nowotworów u zwierzat, powołuje się R. na to, iż koniecznym warunkiem powodzenia takich doświadczeń jest przeszczepienie drożdży, „wywołujących“ dany nowotwór, na ten sam rodzaj zwierzat, u którego nowotwór występuje. Warunku tego dopełniono, mimo to doświadczenia dały wynik ujemny; i tu jednak znajduje R. wyjaśnienie tych niepowodzeń, żądając, aby do doświadczenia użyto zwierzęcia tego samego wieku, jak to, u którego powstał nowotwór i t. d.

(Reszta dość bałamutnej i bardzo rozwlekłej pracy R. wypełniona jest rozbiorem objawów klinicznych, rokowaniem i leczeniem opisanego na wstępie pracy przypadku; cała ta część nie zawiera nic nowego. Zastanawia się w niej autor między innymi nad punktem wyjścia i sposobem rozwoju nowotworu, w wywodzie bardzo rozwlekłym, z którego wyjmuję jeden szczegół, jako przykład, że wywody R. nie bardzo są zdolne natchnąć czytelnika zaufaniem do wartości całej pracy; oto, zdaniem Roncaliego, mogą leukocyty dawać początek bądźto tkance łącznej, bądź komórkom przybłonkowym; nie przeszkadza to zresztą Roncaliemu utrzymywać o parę ustępów dalej (i to w przytoczeniu z własnej jego dawniejszej pracy), że komórka ektodermalna nie może nigdy wytworzyć mesodermalnej i naodwrót. Mimo mnóstwa tego rodzaju wątpliwej wartości twierdzeń i niewytłómaczonych sprzeczności, zdawała mi się praca R zasługiwać na wzmiankę, ponieważ jest on jednym, jeżeli nie z wybitniejszych, to przynajmniej z najhałaśliwszych i najgadatliwszych zwolenników teoryi pasorzytniczej nowotworów. Rf.).

Doc. Ciechanowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Gnaetholum. Środek według Bernarda Basa silniejszy, a więc skuteczniejszy, od kwasu karbolowego, kreoliny, kresolu i lysolu, lecz słabszy od fioletu metylowego i sublimatu. Według doświadczeń de Bucka nie przewyższa też gwajakolu i kreozotu w leczeniu gruźlicy, lecz ważne ma zastosowanie, jako środek znieczulający w nerwobólach i zapaleniach nerwów, użyty bądź w postaci pędzlowań, lub maści do wcierania w skórę, bądź też w wstrzykiwaniach podskórnych i miąższowych.

Rp.: *Gnaetholi*
Chloroformii aa 10.0
Ds.: *2—3 razy dziennie 3 ctm.³ popędzlować i miejsce to szczelnie osłonić.* (Neuralgia, neuritis).
Rp.: *Gnaetholi 5.0*

Vaselini 30 0
M. f. unguentum
S.: *Do wcierań* (Neuralgia).
Rp.: *Gnaetholi 2.00*
Glycerini puriss 20 0
Ds.: *5-tą część codziennie wstrzyknąć do pęcherza. Przed użyciem zamięszać* (Cystitis tuberculosa).
Rp.: *Gnaetholi 4.0*
Alcoholis 30.0
Aq. dest. 40 0
Syr. Codeini 30.0
Ds.: *3 razy dnia łyżkę stołową zażyć* (Tuberculosis).
Rp.: *Gnaetholi 1.0*
Misce terendo cum Glycerini sterilisati 9.0
Ds.: *Przed użyciem wstrząsnąć. Do podskórnych wstrzykiwań.* (Neuralgia, Neuritis tbc.).

Guajacolum phosphoricum. Podawany przez A. Gilberta w gruźlicy płuc w dawkach 0.1—0.6 grm. dziennie, zamiast gwajakolu i kreozotu. Fosforan gwajakolowy nie rozpuszcza się w oliwie, lecz zawiera więcej gwajakolu, niż inne połączenia tego środka (mniej niż węglan i fosforyn gwajakolowy), i mniej jest od niego trującym.

Guajacolum phosphorosum ($P.(OC_6H_4OCH_3)_3$). Jest to proszek biały, krystaliczny, o ostrym smaku, lecz niewybitnej woni, rozpuszczalny w wodzie, łatwiej jeszcze w wyskoku, eterze, chloroformie, acetonie, benzynie, toluolu i w tłustych olejach, trudniej w olejku terpentynowym i glicerynie. Gwajakolu zawiera 92·28%. W ostatnich czasach poleca go Ballard pod nazwą *phosphognajacolum*.

Drugie połączenie analogiczne, fosforyn kreozotowy, nazwane przez Ballarda *phosphatolum*, jest cieczą gęstawą, barwy żywo czerwonej, zapachem mało przypominającą kreozot, rozpuszczalną w wodzie, wyskoku, eterze, chloroformie i tłustych olejach, a zawierającą 90.5% gwajakolu. Oba te środki, mało dotąd znane, znajdą zapewne zastosowanie w leczeniu suchot.

Geosotum czyli Guajacolum valerianicum. Jest to ciecz tłusta, rozpuszczalna w wyskoku i eterze. Według Riecka przetwór ten jest skuteczny w stanach osłabienia, bezkrwistości i błednicy, w szczególności zaś w leczeniu gruźlicy płuc, wilka, gruźlicy kości i stawów.

Stósować go można według potrzeby wewnętrznie, zewnętrznie (gruźlica stawów), lub w postaci wstrzykiwań.

Wewnętrznie:
Rp.: *Guajacoli valerianici 0.2*
Dispens. in caps. gelat. opercula
Da tal. dos. Nr. XXV.
S.: *3 razy dnia po 1—3 kapsułek zażyć.*
Dzieciom:
Rp.: *Guajacoli valerianici*
Spir. menth. piper. aa 10 0.
MDs.: *3—5 razy dnia po 2—5—10—15 kropli w kleiku owsianym zażyć.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Żychoń.

Dla usunięcia drobnych nowotworów dobrotliwych (szczególnie kłykcin kończystych) używa Unna 5% rozcz. paraformu w kolodyonie, gdyż wydzielający się z niego formaldehyd przyżega dostatecznie, a łagodnie; strup zaś powstały szybko się oddziela. Przy nadmiernem poceniu zaleca: *Adip. lanae 20,0, Sol. formalin. 10,0—20,0, Vaselin. fl. 20,0,* ktòryto środek jednak nie leczy radykalnie: do stałego użycia zaś przetłuszczone 5% mydło formalinowe. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 4. 1898). *F. K.*

Jako pierwszą zasadę w leczeniu figówki wargi górnej (sykosis subnasalis) uznaje Unna unikanie wszelkiego tarcia i drażnienia tej okolicy; dlatego chorym nie pozwala używać chustki do nosa, a zaleca przestrzykiwanie nosa 10% wywarem kory chinowej na pół z wodą, lub 1‰—½% rozcz. ichtyolu, przy ciepłocie 30°; następnie wymycie wargi mydłem, obsuszenie i założenie w miejsca zajęte albo mułów cynkowo-siarkowego, cynkowo ichtyolowego, ichtyolowo chrysarobinowego, lub maści z tymi środkami, przyczem włosów wyrywać nie potrzeba. (*Montsh. f. pr. Derm* 12. 1898). *F. K.*

Pierwszy Robleder z kliniki Kollmanna ogłasza (*Month. für pr. Derm.* XXVII) wyniki otrzymane po naftalanie (naphthalan) w chorobach wenerycznych, jak w zapaleniu przyjądrza, smarując obficie moszna i w zapaleniu przewl. grucz. krokowego, stosując czopki z 25% naftalanu. Przytem wskazuje R. również na skuteczność tego mało dotąd używanego środka w wypryskach, szczególnie rąk, i w łuszczycy, zwracając uwagę na siłę redukującą tego środka, a więc podobieństwo w działaniu do ichtyolu i siarki. *F. K.*

Przy dużych wrzodach podudzia, pokrytych tkanką zgorzelinową, używa J. Marcuse (*Dent. m. Ztg.* 32. 1898) okładów z gazy, maczanej w octanie glinowym i przykrytej papierem kauczukowym; leczenie ma trwać tylko 4—6 tygodni. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Ciąg dalszy).

Denys (z Lyonu): O leczeniu gruźlicy nową tuberkuliną. D. wytworzył nowy rodzaj tuberkuliny, który miał u psów okazać własności zapobiegawcze i leczące. U ludzi w 19 przypadkach daleko posuniętych, z wysoką gorączką, nie było żadnych pomyślnych wyników; u 6 lżej chorych ustąpiła po nowej tuberkulinie gorączka; z 48 niegorączkujących suchotników miało 15 wyzdrowieć (D. uważa zniknięcie prątków z plwociny za dowód wyleczenia); stan 25 polepszył się, 2 pozostał bez zmiany, 6 zmarło. Leczenie odbywa się tak, jak *Tb.* Kocha i winno trwać sześć miesięcy do roku a nawet dłużej.

Arloing, Courmont i Nicolas (z Lyonu) badali działanie tuberkuliny *TR.* Kocha doświadczalnie i odmawiają jej wszelkiej wartości. Leclerc (z Lyonu) próbował *TR.* u ośmiu chorych bez najmniejszego wyniku; tosamo stwierdził Vaquier (z Villiers) u 5 dzieci z gruźlicą płuc. Przeciwnie Benoit (z Paryża) radzi wstrzymać się jeszcze z potępieniem *TR.*, ponieważ zauważył u swoich chorych po tym środku niejakie polepszenie.

Arloing i Nicolas badali wpływ zakażenia paciorkowcami na przebieg gruźlicy u królików i doszli do wniosku, że zakażenie to ułatwia uogólnienie się gruźlicy w ustroju.

Hirschfelder (z San-Francisco) robił próby z oksytuberkuliną, przypuszczając, że utlenienie tuberkuliny może ją zamienić w antytoksynę. Oksytuberkulina Hirschfeldera ma powstrzymywać rozwój prątków Kocha w hodowlach już w rozcieńczeniu 7:20, i nie wywiera szkodliwego wpływu na zwierzęta. U 70 chorych miał H. otrzymać po oksytuberkulinie wiele polepszeń, między innymi w jednym przypadku gruźlicy prosówkowej i w kilku przypadkach gruźlicy skóry.

Blache (z Paryża) poleca w gruźlicy dzieci wstrzykiwania sztucznej surowicy; Maragliano zachwala leczenie swoją surowicą.

Landouzy (z Paryża) był sprawozdawcą w przedmiocie leczenia gruźlicy zapomocą surowic i toksyn. Pole dla ścisłych badań tego zagadnienia otwarło się dopiero w roku 1890 po pracach Behringa i Kitasato nad błonicą i tężcem. Pierwsze próby uodpornienia zwierząt przeciw gruźlicy i uzyskania z nich surowicy przeciwgruźliczej, podjęte wówczas, nie powiodły się. W tymże czasie Koch próbował zastosować do leczenia gruźlicy zasadę Pasteurowską: uodpornianie zapomocą wytworów drobnoustrojów. Stąd powstała pierwsza tuberkulina. Usiłując wydzielić z tuberkuliny niebezpieczne składniki, wywołujące gorączkę, wytworzył potem Koch tuberkulinę *TR.* Zdaje się, że i ten środek nie posiada wielkiej wartości, nie należy jednak zbyt się spieszyć z zupełnem jego potępieniem, skoro próbuje się go dopiero od 15 miesięcy. W Niemczech liczniejsi są przeciwnicy *TR.* od jej zwolenników; Francuzi przeważnie wstrzymują się od stanowczego sądu. Uznano jednakże przynajmniej nieszkodliwość *TR.* Lepsze są wyniki stósowania *TR.* w gruźlicy skóry; w Anglii i w Niemczech zachęcają do dalszych badań w tym kierunku. — Hirschfelder stara się ulepszyć tuberkulinę zapomocą utlenienia. Maragliano dąży do uzyskania zapomocą niej surowicy leczniczej. — Broca i Charrin otrzymali pomyślne wyniki w gruźlicy stawów zapomocą surowicy psów gruźliczych; Babes i Broca wytworzyli zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny i zabitych hodowli surowicę zwierzęcą, zabójczą dla prątków „in vitro" i uodporniającą przeciw nim zwierzęta. Behring spodziewa się kiedyś w przyszłości swoistego środka przeciw gruźlicy z połączenia leczenia surowicami z leczeniem toksynami. Wyleczywszy ciągłemi wstrzykiwaniami gruźliczą krowę, miał B. znaleść w jej surowicy nową substancyę, zobojętniającą istotnie jady (toksyny) gruźlicze. Obecnie bada Behring, czy ptaki nie nadają się lepiej od ssawców do wytwarzania tej antytoksyny. W tym celu też wytworzył B. nowy rodzaj tuberkuliny, nadzwyczaj silnej, rozpuszczając zapomocą eteru i chloroformu tłustą osłonkę prątków gruźliczych. — W ogólności dotychczasowe usiłowania nie doprowadziły do swoistego sposobu leczenia gruźlicy; gdyby go wynaleziono, to mógłby on być skuteczny tylko w pierwszych okresach tej choroby, a byłby bądźcobądź bezsilny wobec zakażeń wtórnych, mięszanych.

Arloing badał porównawczo działanie fizyologiczne rozmaitych substancyj, wyciągniętych z hodowli prątków Kocha, mianowicie: 1) przesączu hodowli bulionowej (*TA.* = dawna tuberkulina Kocha); 2) odwaru z odsączonych prątków *(TB.)*; 3) strątu wyskokowego z przesączu bulionowego *(TC.)*;

4) płynu pozostałego po strąceniu *TC. (TD.).* — *TA.* jest bardzo silną trucizną (zabija psy w dawce 1:1000 żywej wagi), rozszerza naczynia, przyspiesza tętno, obniża parcie tętnicze, wywołuje gorączkę i zaburzenia w trawieniu. — *TB.* zwalnia tylko nieco uderzenia serca, nie jest zabójcza. — *TC.* wywołuje nieco gorączki. — *TD.* słabo rozszerza naczynia i podnieca czynność serca. — *TR.* Kocha przypomina najbardziej działanie *TB.* Oksytuberkulina Hirschfeldera wywołuje niewielkie zaburzenia w krążeniu i trawieniu.

Courmont: Rozpoznawanie wysięków gruźliczych zapomocą surowicy (serodyagnostyka). Rozpoznanie przyrody gruźliczej wysięków zapomocą hodowli często zawodzi: zapomocą szczepień próbnych trwa zbyt długo. — C. stwierdził, że wysięk gruźliczy wywołuje zlepianie się prątków w hodowlach, dodany w stosunku 1:5—1:10, a nawet 1:20. — Wysięki innej przyrody wywołują zlepianie się poniżej 1:5. — Na 11 przypadków klinicznie rozpoznanych gruźliczych wysięków opłucnowych, otrzymał C. swoją próbą 10 razy odczyn dodatni: na 9 przypadków wysięków, nieposiadających klinicznych cech gruźlicy, odczyn był 4 razy dodatni; w 5 przypadkach z wynikiem ujemnym sekcya nie wykazała gruźlicy. Z 13 przypadków puchliny brzusznej, w 5-ciu był dodatni odczyn i stwierdzono gruźlicę otrzewnej; w 8 innych znaleziono marskość wątroby.

Sirot (z Beaune): Wczesne rozpoznawanie gruźlicy zapomocą wstrzykiwań sztucznej surowicy. Sztuczna surowica wywołuje u dorosłych osób, dotkniętych gruźlicą, odczyn gorączkowy, podobny do odczynu po tuberkulinie. Tosamo stwierdził S. doświadczalnie na zwierzętach. Wstrzykiwania okazały się u zwierząt i u ludzi nieszkodliwe.—Hutinel zauważył i ogłosił to zjawisko już przed kilku laty. Odczyn występuje w bardzo rozmaitych przypadkach, byle wstrzyknięto ilość dość znaczną; u gruźliczych odczyn zdaje się być nieco silniejszy. W każdym razie jednak niema on znaczenia swoistego. Wstrzykiwania nietylko nie są szkodliwe, lecz mogą być niekiedy niebezpieczniejsze, niż zadawanie tuberkuliny. Zauważono bardzo ciężkie objawy u wyniszczonych dzieci.—Sirot odpowiada, że H. czynił próby na dzieciach, a nie na dorosłych, i że ponawiał wstrzykiwania, zamiast zadowolnić się jednem tylko, jak to S. radzi.

Calot (z Berck): Leczenie bezkrwawe gruźlicy stawów. Uważając gruźlicę stawów za ropnie zimne, leczy je C., wstrzykując co 2 do 3 dni po 2—10 gramów naftolu kamforowego przez miesiąc (2 lub 3 ostatnie wstrzyknięcia z eteru jodoformowego), a potem stósując ucisk stawu przez 3 do 4 tygodni. Postępowanie to nadaje się zawsze, bez względu na to, czy w stawie jest wysięk lub go niema; nie można tylko wstrzykiwać do stawu biodrowego z powodu głębokiego jego położenia. Wyniki takiego leczenia są gorsze, jeśli już istnieją przetoki, z powodu zwykłych w tych razach zakażeń mięszanych. Na 40 przypadków gruźlicy stawów miał C. podobno 39 wyzdrowień przy tem leczeniu. Ważne znaczenie ma ortopedya; u czwartej części chorych uzyskał C. powrót czynności stawu. C. sądzi, wbrew dawniejszym zapatrywaniom, że w gruźlicy stawu należy dążyć do przywrócenia mu ruchomości.—Coudray (z Paryża) zaznacza, że leczenie zachowawcze przez spoczynek, ustalenie i ucisk trwa bardzo długo i nie zawsze sprowadza wyleczenie. Stąd też wyciągania nadają się tylko do leczenia gruźlicy stawu biodrowego, zresztą zaś należy bezpośrednio działać na ognisko gruźlicze. C. przenosi sposób Lannelonguea nad wstrzykiwania eteru jodoformowego, gdyż sposobem tym otrzymał doskonałe wyniki w 64 przypadkach gruźlicy stawów.—Redard (z Paryża) zaleca, jako leczenie zachowawcze, wstrzykiwania oliwy jodoformowej (5—10%); eter bowiem wywołuje bóle, a niekiedy zgorzel skóry. Wstrzykiwać należy nietylko w staw, ale i w jego otoczenie. Wyleczenie otrzymał R. w ten sposób w 60% gruźlicy stawu kolanowego, a w 40% gruźlicy innych stawów, wreszcie w 70% zimnych ropni. Przed wstrzykiwaniem oliwy jodoformowej do zimnych ropni należy je przepłukać β-naftolem.

Siegen (z Luksemburgu): Wyjałowienie mięsa zwierząt gruźliczych za pomocą środków przeciwgruźliczych jest niewłaściwe, gdyż później nieraz mięso takie, przemycone i spożyte, może działać szkodliwie. Niszczenie mięsa można zastosować tylko w przypadkach gruźlicy ogólnej; zresztą zaś należałoby mięso zwierząt gruźliczych wyjaławiać odrazu w rzeźniach i oddawać na sprzedaż po nizkich cenach. Zwykłe gotowanie nie wystarczy do wyjałowienia z powodu obecności gruczołów serowatych w głębi; nadaje się tu jedynie działanie pary wodnej pod ciśnieniem w ciepłocie 110—125° C. w ciągu 2—3 godzin. Postępowanie to zaprowadzono gdzieniegdzie w Niemczech, w Belgii i w Holandyi; ludność chętnie kupuje to tanie mięso, a dochód służy na wynagrodzenie właścicieli sztuk gruźliczych, przymusowo zabijanych.—Morot podaje, że postępowanie to z powodzeniem zastosowano w Troyes.

Moussu (z Alfort): O zaraźliwości gruźlicy. M. umieścił w oborze, w której przebywało bydło gruźlicze, 7 zdrowych sztuk bydła, 17 koni, 2 barany i 1 świnię na 5 miesięcy do dwóch lat. Bydło przed zamknięciem w oborze nie oddziaływało na tuberkulinę; odczyn pojawił się, zanim wystąpiły jakiekolwiek kliniczne oznaki gruźlicy; sekcya wykazała zajęcie gruczołów chłonnych. Z 17 koni wszystkie się zakaziły: stwierdzono to bądź zapomocą tuberkuliny, bądź przy sekcyi. Jeden z baranów oddziaływał na tuberkulinę; sekcya nie zdołała wykazać gruźlicy. Drugiego zachowano dłużej przy życiu, a sekcya stwierdziła gruźlicę. U wieprza wrotami zakażenia było ukąszenie na nodze.

Stube (z Brukseli) radzi dla zapobiegania gruźlicy u bydła wyznaczać nagrody za higieniczne utrzymanie obór i zakazać używania tuberkuliny bez urzędowego nadzoru.—Magnan (z Nicei) podaje, że w Nicei wydają się urzędowe świadectwa tym mleczarniom, w których krowy nie oddziaływały na tuberkulinę; ogłaszanie tych świadectw w dziennikach kieruje kupujących do niezakażonych mleczarni, a temsamem zachęca właścicieli do szczepień i wybijania zakażonego bydła.

Desnos (z Paryża): Chirurgiczne leczenie gruźlicy pęcherza. Wprawdzie pierwotna gruźlica pęcherza często długo nie posuwa się dalej, jednakże wyskrobanie lub wycięcie całkowite błony śluzowej pęcherza nie wiele pomaga, a niekiedy następuje po tych zabiegach zakażenie gruźlicą wyższych odcinków narządu moczowego. Mimo to w niektórych przypadkach ze znacznymi bólami usprawiedliwione jest cięcie nadłonowe; w każdym jednak razie nie należy wówczas tykać błony śluzowej, lecz zadowolnić się założeniem stałej przetoki moczowej na rok co najmniej, przez co nietylko bóle się zmniejszają, ale i sprawa gruźlicza zdaje się zatrzymywać w rozwoju. Jeżeli nie można operować, należy się uciec do wkraplań sublimatu i oliwy z gwajakolem, a zawsze pamiętać o leczeniu ogólnem.

Berlioz (z Grenoble) zaleca w leczeniu gruźlicy lewatywy z serogwajakolu, tj. surowicy z dodatkiem fosforanu gwajakolowego, do czego można dodać 3% wyciągów glicerynowych z jąder, wątroby, mózgu, śledziony i t. d. B. stósuje dziennie 2 lewatywy po 30 gramów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IV-ty Wiec Izb lekarskich rakuzkich odbędzie się w poniedziałek, 10 października, we Lwowie: Przytaczamy tylko ważniejsze wnioski, zgłoszone na ten wiec:

1) Sprawa wspólnego adresu jubileuszowego do Cesarza;
2) Wnioski, mające na celu zmianę ustawy o Izbach lek., a mianowicie: a) w kierunku rozszerzenia ustawy o przynależności lekarzy tak, by wszyscy lekarze, a nawet lekarze urzędnicy, przy władzach polit. i wojskowi byli do Izby przynależni i b) w kierunku rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Izby i ustanowienia odrębnej Rady honorowej;
3) Obrady nad memoryałem, ułożonym z polecenia III Wiecu Izb przez prezydenta Izby morawskiej, przedstawiającym powody niepomyślnych stosunków stanu lekarskiego;
4) Sprawa Kas chorych;
5) Sprawa honoraryów lekarskich;
6) Partactwo lekarskie;
7) Stabilizacya i polepszenie bytu lekarzy kolejowych. Unormowanie rocznych płac lekarzy, zajmujących stałe posady;
8) Zniesienie przymusu pomocy lekarskiej;
9) Dyskusya nad wpływem nowych ustaw podatkowych na stan lekarski;
10) Sprawa świadectw lekarskich.

Sprawozdanie za miesiąc wrzesień, 1898, z ochronnego leczenia przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura.

Leczono ogółem 33 osób; w liczbie tej 9 osób pozostałych w leczeniu z m. sierpnia i 7 osób pozostających nadal w leczeniu na październik.

Wykaz liczbowy tych 33 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	5	—	6
w kończyny górne	1	13	5	19
w kończyny dolne i tułów	1	5	2	8
w ciało gołe	3	16	5	24
przez ubranie	—	7	2	9
Liczby ogólne	3	23	7	33

We wszystkich 33 przypadkach zwierzętami kąsającemi były psy.

Kraków, dnia 4. października 1898.

O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 6 Października.

* Przed rozpoczęciem wczorajszego posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, poświęcił Prezes, Prof. Jakubowski, gorące wspomnienie zmarłej Cesarzowej Elżbiecie i wyraził najwyższe współczucie dla sprawiedliwego Monarchy, którego zbrodnicza ręka, pozbawiając towarzyszki życia, pogrążyła w ciężką żałobę.

Zgromadzeni, stojąc, wysłuchali tego rzewnego przemówienia.

Po przystąpieniu do porządku dziennego tego pierwszego po wakacyach posiedzenia, rozpoczął je Prezes oddaniem czci pamięci prof. Alfreda Obalińskiego. Uznając wielkie zasługi nieodżałowanego profesora dla zadań Towarzystwa, uczynił Prezes wniosek w imieniu Komitetu Tow., ażeby w porozumieniu z Wydziałem lekarskim Uniwer. Jagiell. uczcić pamięć ś. p. Obalińskiego trwałym pomnikiem. Przemówienia Prezesa, nacechowanego serdecznym żalem i wielką czcią dla zmarłego, zgromadzeni wysłuchali stojąc, a wniosek Komitetu uchwalili jednomyślnie.

Następnie Towarzystwo przyjęło do wiadomości wybór trzech członków do Komitetu polskiego na XIII międzynarodowy Kongres lekarski, mający się odbyć w Paryżu, w roku 1900. Powołani zostali: prof. Kostanecki, prof. Wicherkiewicz i dr. Kwaśnicki.

Następnie Prezes zdał sprawę z udziału Towarzystwa w przeprowadzeniu protestu lekarzy i przyrodników polskich, przeciw pruskiemu zakazowi, który udaremnił VIII Zjazd lekarski w Poznaniu.

Po załatwieniu wszystkich spraw administracyjnych nastąpił odczyt kol. prof. Marsa: »O ruchomości macicy«.

Po tym odczycie, przyjętym żywemi oznakami zadowolnienia, pożegnał Prezes opuszczającego Kraków Szanownego prelegenta, który, wśród wzruszenia, ciepłem przemówieniem pożegnał Towarzystwo.

Na ocenianie naukowej, nauczycielskiej i społecznej działalności kol. prof. Marsa, sądzimy, że jeszcze nie czas: dziś, gdy w sile wieku i energii zdobywa sobie rozległy warsztat do pracy, przed nim jeszcze całe żniwo. Przez usta Prezesa Towarzystwo wyraziło tylko utyskiwanie, że z grona jego ubywa jeden z najzasłużeńszych członków, tak poważny udział biorący we wszystkich jego dążeniach, że opuszcza nas człowiek charakteru nieskazitelnego i wielkiego serca kolega. Do słów Prezesa dołączamy od siebie głęboką wdzięczność od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, którą kol. Mars, wieloletni jej członek, wspierał tak radą, jak i szeregiem prac oryginalnych. Ufni jesteśmy, że człowiek tak wypróbowany, tak wierny zasadom, tak zawsze ochoczy do popierania spraw, dobro ogółu mających na oku, nie przestanie i z nowej swej siedziby zaszczycać naszego pisma współpracownictwem i życzliwością.

Życzymy z całego serca odjeżdżającemu koledze, ażeby osobę jego otoczyła we Lwowie taka sama cześć i miłość, jakiej zażywał tak zasłużenie między kolegami i wśród społeczeństwa krakowskiego.

* Wydział krajowy uchwalił przedłożyć Wys. Sejmowi projekt, zmierzający do ustanowienia posady drugiego sekundaryusza na oddziale psychiatrycznym szpitala św. Łazarza w Krakowie. O ile nam wiadomo, do otrzymania tej posady przywiązany będzie warunek zdeklarowania się kandydata, że ma zamiar stale poświęcić się nauce o chorobach umysłowych.

* Krakowska Komisya sanitarna postanowiła w zasadzie wprowadzić w szkołach miejskich instytucyę lekarzy szkolnych. Wypracowania planu podjął się prof. dr. Ponikło. Wprowadzenie w życie tego zbawiennego zamiaru ma nastąpić nie od razu, lecz stopniowo, drogą próby.

* Nakładem krakowskiego »Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich« wyszła książka Dra Piska pod tyt.: »Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych«. Dzieło to zostanie rozesłane, jako bezpłatne premium za rok 1898 tym członkom Wydawnictwa i tym prenumeratorom, którzy nadesłali prenumeratę za rok 1898. Cena księgarska wynosi 3 złr.

Tak dzieło Dra Piska, jak i podręcznik Prof. W. Jaworskiego, o wyjściu którego donieśliśmy w Nrze 38 »Przegl. lek.«, dedykowane zostały przez autorów Prezesowi »Wydawnictwa dzieł lek. polskich«, prof. Edwardowi Korczyńskiemu, ku uczczeniu jego 25-lecia działalności klinicznej.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów, nadającą Dr. Ludwikowi Switalskiemu prawo docentury do wykładów z dziedziny położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Biblioteka Tow. lek. krak. otrzymała za pośrednictwem Prezydyum Tow.:

1) Od JW. Radcy dworu Prof. Dra Korczyńskiego:

»Zbiór prac z kliniki lekarskiej w Krakowie«. Zeszyty 19 i 20.

2) Od Dra Noiszewskiego pracę jego pod tyt.:

»Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie«.

Łaskawym ofiarodawcom składam niniejszem uprzejme podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Na wzór strejku w Barmen i z tych samych powodów (wyzysk lekarzy przez socyalistyczny zarząd Kasy chorych), wybuchł świeżo strejk lekarzy Kasy w Remscheid w Niemczech. Zdaje się, że i ten strejk skończy się zwycięstwem pokrzywdzonych lekarzy, jak to się już stało w Barmen i w innej podobnej sprawie w Szwajcaryi. Przykłady te, które z pewnością — przynajmniej w Niemczech — coraz więcej mnożyć się będą, świadczą, że solidarność koleżeństwa dobre przynosi owoce. A w tych razach potrzebna ona podobno nietylko Niemcom...

— Prof. wydziału prawniczego w Berlinie, Baron, zapisał w testamencie pół miliona marek na wegetaryański zakład dla sierót, wykluczając lekarzy z zarządu! Rada miejska berlińska podobno nie przyjmie nierozsądnego zapisu.

Omyłka druku, na str. 479 »Przegl. lekar.« wiersz 10 od dołu, zamiast »zimnica złośliwa« — ma być »zabójcza«.

Nekrologia. W Warszawie zmarł w 80 roku życia Dr. Babiański Julian, Radca stanu, kawaler orderów. Dr. Jan Crocq, prof. anatomii patologicznej, zmarł w Brukseli. W Petersburgu zmarł zasłużony profesor ginekologii, K. Sławiański.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Pamiętniku Towarz. Lekar. warszawskiego* (Zeszyt III): Dra Kowalskiego E.: Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów. Dra Luxenburga: Badania nad morfologią komórki nerwowej w stanie normalnym, oraz wzmożonej ich czynności. Dra Biernackiego E.: Spostrzeżenia nad glikolizą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach patologicznych. Dra Sunderlanda: 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy, pochodzenia porodowego (dok.). W *Medycynie* (Nr. 40): Dra Kleina S.: Somatoza żelazista, oraz kilka uwag o tak zwanej »Anaemia infantum pseudoleukaemica«. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 40): Dra Jakowskiego: Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego. Dra Kalicińskiego L.: Szesnaście przypadków wilgotnych krepitacyi przy obecności płynu w jamach opłucnej (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Kuflewski (Chicago): Fracture of Femur and Its Treatment. (Odbitka). Chicago, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**